

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1931

N°

303

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris, en 1931

PAR

Georges **G. N. PÉRAIRE**

Né le 3 août 1898, à Paris

Du Pneumothorax Thérapeutique chez les Tuberculeuses Gravides

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur à la Faculté de Médecine

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 49

1931

**DU PNEUMOTHORAX THÉRAPEUTIQUE
CHEZ LES TUBERCULEUSES GRAVIDES**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1931

N° _____

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris, en 1931

PAR

G.-N. PÉRAIRE

Né le 3 août 1898, à Paris

Du Pneumothorax Thérapeutique
chez les Tuberculeuses Gravides

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur à la Faculté de Médecine

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 49

1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	{ CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEREBOULLET.
Clinique des maladies du système nerveux	NOBECOURT.
Clinique des maladies infectieuses	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	J.-L. FAURE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	VAQUEZ.
Clinique propédeutique	SEBILEAU.
Clinique de la tuberculose	Pierre DUVAL.
Professeur sans chaire	SERGENT.
	Léon BERNARD.
	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULE	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.

LABBE Henri	Chimie biologique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER Fernand	Pharmacologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SEZARY	Dermatologie et syphili-
VALLERY-RADOT	(graphie).
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
REITTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
FISSINGER	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.

MM.

CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON TRÈS REGRETTÉ PÈRE

LE DOCTEUR MAURICE PÉRAIRE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien Honoraire de l'Hôpital Rothschild
Ancien Président de la Société des Chirurgiens de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

qui fut mon tout premier Maître pendant les heures tragiques et inoubliables de la guerre, et qui le demeura par la suite, au cours de celles, trop brèves hélas et enfuies maintenant à jamais, vécues constamment près de lui.

Sa vie, toute de labeur et de dévouement, restera toujours pour moi le plus bel exemple de ce que doit être une carrière médicale.

A MA MÈRE

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Hommage d'admiration, de profonde reconnaissance et de respectueux attachement.

A M. LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
Accoucheur Honoraire des Hôpitaux de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*qui nous a fait le très grand honneur de pré-
facer notre Thèse, nous adressons l'hommage
de notre très respectueuse et très sincère
reconnaissance.*

MEIS ET AMICIS

AVANT-PROPOS

La question de la gravidité chez les tuberculeuses a, de tout temps, intéressé les médecins.

Ayant passé plusieurs années dans le beau service de phthisiologie de notre excellent Maître le Professeur BEZANÇON, à Boucicaut d'abord, puis à Saint-Antoine, nous avons pu observer, voir traiter, et traiter nous-même, au moyen de la Collapsothérapie, un certain nombre de malades de ce genre, et constater un assez grand nombre d'heureux résultats. Ces cas heureux, observés dans le service, nous donnèrent l'idée d'étudier la question, et nous sommes doublement et profondément reconnaissant à notre très cher Maître, chez qui nous avons trouvé l'inspiration et les principaux éléments de cette thèse, d'avoir bien voulu en accepter la présidence.

Au cours de ces dernières années, pendant lesquelles nous avons eu l'inappréciable avantage de suivre son si lumineux et si remarquable enseignement, notre excellent Maître nous a toujours réservé l'accueil le plus affectueux, il nous a constamment prodigué ses plus précieux conseils et a bien voulu reporter sur nous une part de l'amitié dont il honorait notre bien regretté père. Récemment, enfin, il a bien voulu accepter, avec la plus grande bienveillance, notre offre de modeste collaboration.

Nous lui adressons ici l'hommage de notre profonde et très respectueuse reconnaissance et l'assurance de notre bien affectueux dévouement.

M. le Professeur PINARD, qui s'est intéressé, depuis si longtemps, à la question des tuberculeuses en état de gestation, a bien voulu parcourir longuement notre thèse. Il nous a rendu un inégalable service, en mettant à notre disposition, avec la plus affectueuse bienveillance, son incomparable expérience d'obstétricien et de puériculteur. Il nous a, enfin, fait le très grand honneur de préfacier notre travail.

Nous le prions de bien vouloir accepter ici l'hommage de notre très respectueuse et très sincère reconnaissance et l'assurance de notre profond dévouement.

Dans le service de M. le Professeur BEZANÇON, nous avons été constamment aux côtés de son collaborateur et assistant de longue date: M. le Docteur Paul BRAUN, ancien Interne des Hôpitaux de Paris, ancien Chef de Clinique à la Faculté, qui nous a toujours guidé depuis le début de nos études médicales, de la façon la plus soutenue, dans la conduite de ce travail, ses avis autorisés nous ont été du plus grand secours.

Nous tenons à lui exprimer, ici, notre plus vive gratitude et notre plus respectueuse affection.

Tous nos remerciements reconnaissants vont aussi à tous les collaborateurs du Professeur BEZANÇON et, en particulier, à MM. les Médecins des Hôpitaux MATHIEU, PIERRE-WEILL, DE GENNES, JACQUELIN, Etienne BERNARD et WEISSMANN. A MM. les Docteurs J. RAGU-FREY, DESTOUCHES, SCHERRER, OUMANSKY et DELARUE, anciens Chefs de Clinique Assistants, et Chefs de Laboratoire à Saint-Antoine.

Nous adressons nos remerciements très sincèrement reconnaissants aux deux Médecins-Chefs du Dispensaire Léon BOURGEOIS : M. le Professeur Léon BERNARD et M. le Docteur RIST, qui nous ont ouvert largement leurs services de l'Hôpital Laennec et nous ont ainsi permis d'étudier et de suivre un grand nombre de malades.

Nous remercions également tout particulièrement nos excellents amis MM. les Docteurs TRIBOULET et HIRSCHBERG, anciens Chefs de Clinique à la Faculté, Assistants de Consultation à l'Hôpital Laennec, qui nous ont désigné un grand nombre de malades, nous ont autorisé à les suivre longuement, nous fournissant ainsi de précieux documents.

Notre reconnaissance va également à M. le Professeur COUVELAIRE, Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de Médecine, et à son Assistant M. le Docteur LACOMME, Accoucheur des Hôpitaux de Paris, qui nous ont autorisé à poursuivre notre étude à la Clinique Baudelocque, nous permettant ainsi d'ajouter à notre travail une contribution du plus grand intérêt.

D'autres observations nous ont été également fournies dans leurs services de médecine par MM. les Professeurs

agrégés et Médecins des Hôpitaux DEBRÉ, AMEUILLE, COURCOUX, qui nous ont permis de suivre les malades dont nous entreprenions l'étude, nous leur en sommes très sincèrement reconnaissant.

Nous adressons également tous nos remerciements à MM. les Professeurs et Accoucheurs des Hôpitaux JEANNIN, LE LORIER, ECALLE, LEVY-SOLAL, LEVANT, CATHALA, qui nous ont permis de suivre les effets de la puerpéralité chez nos bacillaires.

M. le Professeur A. LE LORIER, en particulier, nous a grandement facilité notre tâche, nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Nous remercions également MM. les Docteurs MINVIELLE et BAUMGARTNER, anciens Internes des Hôpitaux de Paris, qui nous ont permis de suivre d'intéressantes malades.

Notre respectueuse reconnaissance va tout particulièrement à M. le Professeur WALTHER, Chirurgien Honoraire des Hôpitaux de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, et à M. le Docteur SIREDEY, Médecin Honoraire des Hôpitaux de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, chez lesquels nous avons commencé nos études, qui n'ont jamais cessé de nous prodiguer leurs conseils et nous ont toujours témoigné la bienveillance la plus affectueuse; dans des jours de grave maladie, ils nous ont soigné avec un dévouement inlassable, nous ne l'oublierons jamais.

Dans ces heures graves, M. le Professeur Charles RICHEL, Médecin des Hôpitaux de Paris, a bien voulu nous apporter aussi ses soins éclairés, nous lui en sommes profondément reconnaissant.

A la Faculté de Médecine, M. le Professeur DESGREZ, Membre de l'Institut, Membre de l'Académie de Médecine, et M. le Professeur A. HOVELACQUE, Chef des Travaux Anatomiques ont été pour nous les guides les plus précieux, qu'ils trouvent ici l'hommage de notre affectueuse reconnaissance et de notre profond dévouement.

Nous adressons notre souvenir ému à la mémoire de deux de nos premiers Maîtres dans les Hôpitaux: M. le Professeur GILBERT, Professeur de Clinique Médicale à la

IV.

Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, M. le Professeur LETULLE, Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine, Membre de l'Académie de Médecine.

Nous remercions également de leur précieux enseignement, nos autres Maîtres dans les Hôpitaux :

M. le Docteur ARROU, Chirurgien Honoraire des Hôpitaux de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, M. le Professeur A. GARNIER, Médecin des Hôpitaux de Paris, M. le Docteur RAMOND, Médecin des Hôpitaux de Paris, M. le Professeur VAQUEZ, Professeur de Clinique à la Faculté de Médecine, Membre de l'Académie de Médecine.

M. le Professeur ACHARD, Professeur de Clinique à la Faculté de Médecine, Membre de l'Institut, Membre de l'Académie de Médecine.

M. le Docteur CATHALA, Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

M. le Professeur A. AUVRAY, Chirurgien Honoraire des Hôpitaux de Paris, Membre de l'Académie de Médecine.

Nous avons eu le grand avantage d'être l'interne de M. le Docteur DELAUNAY, Chirurgien de l'Hôpital Péan. De ce séjour près de lui, nous conservons un excellent souvenir et de précieux enseignements, nous lui adressons ici l'assurance de notre bien sincère reconnaissance.

MM. les Docteurs P. GERARD-MARCHANT, R. AZOULAY, H. DUVAL, P. WEILL-SPIRE, L. JUSTIN-BESANÇON, R. BENDA et R. CAHEN, anciens Internes des Hôpitaux de Paris et anciens Chefs de Clinique, ont été pour nous des Maîtres, en même temps que de précieux amis, nous les en remercions bien sincèrement.

Nous avons été souvent éclairé et guidé par l'expérience et les excellents conseils de notre beau-frère M. le Docteur Fernand NETTER, Médecin de la Préfecture de Police et de la Préfecture de la Seine. Nous ne saurions omettre d'exprimer ici toute la gratitude dont nous lui sommes redevables.

PREFACE

MON CHER ET FUTUR CONFRÈRE,

Vous avez bien voulu me faire l'honneur de me demander mon jugement sur votre travail constituant l'objet de votre Thèse inaugurale : j'en suis fier et je vous en ai de la reconnaissance.

Je vous soupçonne d'avoir voulu me faire plaisir en m'apprenant beaucoup de choses.

Combien déjà est pressant et suggestif ce titre :

DU PNEUMOTHORAX THÉRAPEUTIQUE CHEZ LES TUBERCULEUSES GRAVIDES

Ancien bénévole de Grisolle, Ancien interne de Woillez, devenu ensuite accoucheur, comment n'aurai-je pas été immédiatement séduit.

De plus, d'autre part, j'avais connaissance de votre laborieux effort.

J'ai donc lu et relu votre manuscrit, et je vous avoue que vous avez fait luire chez moi l'aurore qu'espérait ma vieillesse.

Je ne connais aucune étude comparable à la vôtre.

Au sujet de l'influence de la Tuberculose sur la gestation — question depuis si longtemps discutée et controversée — à l'heure actuelle encore, on peut

dire que les théories régnant dans la science sont au nombre de trois :

1° La gestation arrête le développement de la tuberculose.

2° La gestation détermine ou favorise l'évolution de la tuberculose.

3° Le fœtus peut naître infecté ou ne pas l'être.

Or de votre étude, si bien comprise et effectuée, il apparait nettement que le pneumothorax artificiel, chez les femmes Tuberculeuses gravides, favorise les deux existences.

Il me plait d'ajouter que j'applaudis vos conclusions toutes empreintes de sagesse.

PROFESSEUR PINARD,

Professeur honoraire de Clinique Obstétricale
à la Faculté
Accoucheur Honoraire des Hôpitaux de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur
Puériculteur

Ni le père, ni la mère n'ont le droit en aucune circonstance de supprimer la vie de l'enfant qui se trouve dans le sein de sa mère, seul le médecin, dans des cas bien déterminés et excessivement rares peut avoir le droit de prendre cette grave détermination lorsqu'il a la certitude que la vie de la mère est menacée à brève échéance et que l'intervention lui conservera la vie.

Professeur PINARD.

L'influence que la gestation peut avoir sur l'évolution de la tuberculose doit être envisagée dans chaque cas particulier ; l'influence favorable de la colapsothérapie contribue encore à diminuer le nombre des cas, d'ailleurs assez rares, mais dont il faut tenir compte, dans lesquels peut se poser l'indication de l'avortement.

Professeur BEZANÇON.

Pratiquement, je ne vois pas très clairement, dans quel cas chez les tuberculeuses, l'avortement provoqué apparaît légitime, scientifiquement et légalement.

Professeur Léon BERNARD.

(Académie de Médecine 1922)

L'indication de l'avortement provoqué n'existe pas chez les tuberculeuses, le soutenir c'est commettre un crime social, non seulement on n'a jamais prouvé que l'interruption de la gestation arrête l'évo-

VIII

lution de la tuberculose mais je suis convaincu qu'elle aggrave cette évolution.

Docteur E. RIST.

(Congrès de Lausanne 1924)

Personne ne nous indique à quoi on peut reconnaître que chez telle tuberculeuse gravide l'interruption de la grossesse sera favorable, ou nuisible, ou inopérante, et personne ne nous l'indique parce que personne ne le sait.

Docteurs PISSAVY et LEJARD.

(L'avortement thérapeutique chez les tuberculeuses.
Presse Médicale, 17 novembre 1924)

INTRODUCTION

De tous temps, les rapports réciproques de la gestation et de la tuberculose ont suscité de multiples discussions. En dernier lieu, la plus ample controverse s'est déroulée en 1922 à l'Académie de Médecine, à la suite d'une communication assez encourageante de MM. Dumarest et Brette (27 juin 1922), communication relatant 7 observations de tuberculeuses ayant mené à terme leur gestation sans aggravation de leur état pulmonaire, l'évolution tuberculeuse ayant même été, chez quelques-unes d'entre elles très nettement améliorée par la gestation. Pour les auteurs : « Cette amélioration aurait été liée à la suppression momentanée de la menstruation dont on connaît les phénomènes réactionnels si fréquents chez la femme tuberculeuse. »

Comme le rappellent, d'autre part, MM. Nobécourt et Coletsos dans leur magistral article sur l'influence de la puberté sur la tuberculose pulmonaire des filles, et les effets du pneumothorax thérapeutique : H. Coulaud pense, comme Daremberg l'avait dit avant lui, que : « La menstruation peut entraîner un retard ou un affaiblissement de la cuti-réaction à la tuberculine, et qu'il existerait, en conséquence, au moment de la menstruation chez les tuberculeuses, une véritable anergie tuberculinique ». Pour leur part, MM. Nobécourt et Coletsos ont assez souvent vérifié l'exactitude de cette affirmation, ils signalent cependant avoir rencontré quelques exceptions à cette règle.

A la suite de cette communication de MM. Dumarest et Brette, MM. les Professeurs Bar, Pinard,

Sergent, et Léon Bernard, exposèrent chacun leur point de vue. En particulier, M. le Professeur Bar, évoquant les discussions antérieures de 1824 et 1852, à propos de la conduite à tenir en cas de gestation et tuberculose, rappela qu'autrefois déjà les avis étaient partagés sur cette intéressante question : « Bejin, comme M. Pinard aujourd'hui, s'élevait contre l'avortement thérapeutique, alors que Velpeau et Cazeaux partageaient l'opinion actuelle de M. Bar sur la nécessité de cet avortement ».

Sans vouloir prendre parti dans les discussions, il faut évidemment convenir que l'influence fâcheuse observée quelques jours après l'accouchement, cette sorte de coup de fouet suractivant la tuberculose torpide a été reconnue par la plupart des auteurs. Pour M. Pinard lui-même, on peut admettre que, très souvent, la gestation aggrave la tuberculose, bien qu'assez souvent cette opinion ne soit pas reconnue par tous les accoucheurs et phtisiologues. Pour sa part, tout en s'élevant avec force contre l'idée de l'avortement thérapeutique, idée défendue avant guerre par l'Ecole allemande (Schlatau, Kraus, Schweitzer), par quelques Américains avant et après guerre (Morris, Elliott, Walsh), soutenue avec exagération par Bompiani et Pasquali (congrès de Rome 1886), puis par Maraglione (1907) qui, lui avait posé comme axiome absolu, la nécessité d'interrompre systématiquement toute gestation survenue chez une tuberculeuse, M. le Professeur Pinard accepte cependant les conclusions de M. le Professeur Bar, qui précise que, le plus souvent : « la grossesse constitue : 1° un événement sérieux chez toute femme dont la tuberculose est en évolution active au moment de la conception (selon les cas aggravation de 40 à 54 %, plus, en cas de bilatéralité) ; 2° une catastrophe chez les tuberculeuses avancées ; 3° un risque réel et parfois très grave chez toute tuberculeuse menacée de tuberculose active, car du fait même de sa gestation, la tuberculeuse est

en état d'anergie, ce que M. le Professeur Bar tente de prouver en montrant que la femme tuberculeuse en état de gestation réagit très mal à la cuti-réaction à la tuberculine, alors que la cuti-réaction redevient positive après l'accouchement prématuré (Bar et Devraigne : Sensibilité à la tuberculine, *Revue Mens. d'Obst.*, Avril 1905) ».

MM. Nobécourt et Paraf ont mis d'ailleurs depuis encore d'avantage en évidence ces modifications de la réaction à la tuberculine (Nobécourt et Paraf : L'anergie tuberculeuse au cours de la gestation, *Société Méd. des Hôp.*, Novembre 1919).

Toutefois, M. le Professeur Pinard dit, par ailleurs : « Il faut reconnaître que, parfois, la tuberculose pulmonaire n'est influencée, ni en bien ni en mal, par la gestation et que même, dans un petit nombre de cas, les symptômes paraissent manifestement arrêtés. » (Voir observations n° 8, 2° groupe, et n° 3, 4° groupe).

Au cours de la discussion sur gestation et tuberculose en 1922, à l'Académie de Médecine, M. le Professeur Pinard, revenant encore une fois sur la question, conclut en disant : « *En face d'une femme tuberculeuse en état de gestation, soignez la tuberculose et surveillez la gestation* ». Sans vouloir donc prendre parti dans les innombrables controverses qu'a soulevées cette question, sans même chercher la pathogénie de la brusque et dangeureuse évolution de la tuberculose, suivant très souvent l'accouchement (MM. Sergent et Siredey), évolution accélérée dont certains auteurs ont recherché les causes dans des phénomènes mécaniques de brusque décompression, suivant la sortie du fœtus, reconnaissons qu'un certain nombre de médecins ont recherché, depuis la découverte du pneumothorax artificiel si son application systématique n'empêcherait pas ces accidents (Sergent : Pneumothorax bilatéral préventif. *Paris-Médical*, 1^{er} janvier 1926, Bruxelles-Médicale

1927, p. 395 ; Frostin : Thèse de Paris, 1925) ou si tout au moins, en cas de lésions assez localisées, l'institution d'un pneumothorax artificiel ne parviendrait pas à obtenir un arrêt de l'évolution tuberculeuse, arrêt dont l'avortement thérapeutique ne donne au contraire presque aucune certitude (Léon Bernard : Académie de Médecine, 19 décembre 1922).

On sait en effet que, malgré l'exclusive lancée par M. le Professeur Pinard contre toute idée d'interruption thérapeutique de la gestation, M. le Professeur Bar, plus éclectique, proclamait que, bien que n'étant qu'une méthode d'exceptions, l'intervention pouvait cependant, dans certain cas, être la méthode de choix (Académie de Médecine, 14 novembre 1922) et M. le Professeur Sergent, au cours de la même séance, adoptait également cette dernière façon de voir que Colombet en 1903, Monnier en 1908, avaient soutenue dans leur thèse.

Mais, d'ailleurs, ces questions étudiées à nouveau au Troisième Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française (Genève, août 1923) firent l'objet d'un long rapport de MM. Weymeersch et Albrechts, qui déclaraient, entre autre, que :

1° L'influence de la gestation sur la tuberculose est variable suivant les cas : bénigne dans les formes fibreuses, elle constitue une complication redoutable dans les formes évolutives (à cause de ses propriétés anergisantes).

2° Au point de vue des modes de traitement de la gestante tuberculeuse et de la valeur qu'on doit leur attribuer, ils remarquent que : dans l'état actuel de la question, il existe deux modes de traitement très opposés, appliqués à la tuberculose de la femme en état de gestation :

a) le traitement chirurgical qui consiste dans l'interruption de la gestation (simple, ou hystérectomie) ;

b) le traitement médical auquel il faut maintenant rattacher l'étude du pneumothorax artificiel.

Le traitement chirurgical devant avoir lieu avant la fin du quatrième mois, constituant une opération peu dangeureuse, facile et nullement choquante, mais dont il est impossible d'établir actuellement des règles exactes, quant à son opportunité.

Le traitement médical comprenant la cure hygiéno-diététique sanatoriale, si possible, et *l'association du pneumothorax artificiel, en cas de nécessité*, ce dernier étant très souvent compatible avec la gestation et l'accouchement, mais n'écartant pas infailliblement les risques d'évolution.

3° Au point de vue des enfants nés de mères tuberculeuses ; avec cette question on soulève tout le problème de l'hérédité de la tuberculose : hérédité de germes, hérédité de terrain, telles sont les voies de transmission, à l'enfant, de la tare dont est affectée la mère tuberculeuse. — *L'hérédité de germes est exceptionnelle, et l'hérédité de terrain ne se manifeste que si l'enfant est élevé dans le milieu familial déjà contaminé.* A condition de faire l'objet de mesures de préservations qu'il est du devoir de la Société de prendre à son égard, l'enfant de la tuberculeuse offre donc des chances habituelles de vie saine et normale.

Ces questions, d'un intérêt primordial, furent, une fois de plus, reprises à la conférence internationale contre la tuberculose de Lausanne, du mois d'août 1924, au cours de laquelle M. Forssner (de Stockholm) présentant un remarquable rapport se basant sur des milliers de cas observés : « *Condamne le vieux dogme de l'influence néfaste de la gestation sur la tuberculose, et cela d'autant plus nettement, qu'il s'agit de cas peu avancés, affirme l'impossibilité dans laquelle on se trouve de prouver qu'un avortement puisse améliorer l'évolution d'une tuber-*

culose, et en conséquence s'élève avec force contre toute idée d'avortement thérapeutique, à part de très rares exception, et s'efforce de prouver qu'à la condition d'en excepter les formes nettement graves, la gestation n'a guère d'action sur la tuberculose pulmonaire. »

Bien que présentant quelques réserves, sur un optimisme qui risquerait d'être assez souvent exagéré, MM. les Professeurs Fernand Bezançon et Léon Bernard s'associent dans cette mesure à l'opinion de M. Forssner, en indiquant comme inutile et condamnable l'avortement, étant donné que l'accouchement normal ne sera généralement pas plus dangereux pour la mère.

Revenant sur la question, M. Rist affirme la valeur du pneumothorax artificiel appliqué précocement chez les femmes en état de gestation, pour parer à l'évolution des lésions graves, ou débutantes pouvant apparaître par la suite; enfin, le Docteur Hervé de Davos a, d'autre part, dans de nombreux articles, bien souvent démontré l'intérêt et la valeur de la collapsothérapie chez les gestantes tuberculeuses.

Depuis lors, l'emploi du pneumothorax artificiel chez les tuberculeuses en état de gestation a fait l'objet de nombreuses communications (une Maternité pour tuberculeuses à la Clinique Baudelocque. Revue Gyn. et Obst. Professeur Couvelaire, juin 1926. Thèse de Paris, Lacomme, 1926). Tout récemment, enfin, au Congrès de la Tuberculose de Bordeaux (10 avril 1931), à propos de la généralisation des traitements par le pneumothorax, plusieurs orateurs insistèrent sur l'énorme intérêt de la collapsothérapie et le Professeur Gausset, de Montpellier, affirma qu'à l'heure actuelle personne ne discute plus l'utilité — la nécessité, devrais-je di-

re — du pneumothorax. » Comme, d'autre part, on a beaucoup cherché, ces dernières années, à lutter contre la brusque poussée évolutive post-partum dont nous avons déjà parlé plus haut, on a, entre autres moyens curatifs préconisés de plus en plus ces dernières années, la méthode du pneumothorax artificiel, en proposant, selon les cas :

L'institution d'un collapsus,

L'entretien normal d'un pneumothorax en cours ou, dans certains cas, l'augmentation de sa pression intra-pleurale. Ceci a été l'objet de communications des Professeurs Fernand Bezançon et Sergent, des Docteurs Rist et Dumarest et, enfin, du Professeur Léon Bernard, qui inspira, récemment, la thèse du Docteur Decaulne : « Pneumothorax et Grossesse », Paris, 1926.

Dans cet ouvrage, ce dernier auteur, citant son Maître, dit, dans son introduction :

« M. le Professeur Léon Bernard nous enseigne
« que, parmi les bienfaits incontestables que donne
« le pneumothorax artificiel, il en est un qui mé-
« rite une place prépondérante : *C'est l'aptitude à*
« *la maternité. Soit que le pneumothorax soit insti-*
« *tué ou poursuivi au cours de la grossesse, soit que*
« *des gestations surviennent chez des femmes anté-*
« *rieurement guéries, grâce au pneumothorax, la*
« *grossesse fait l'épreuve de la guérison, et le béné-*
« *fice se traduit par la venue au monde d'enfants,*
« *dont l'état ne le cède en rien, à celui d'enfants*
« *nés en d'autres conditions.* »

Dans son intéressant travail, cet auteur cite 12 observations qui viennent étayer cette affirmation et prouver l'exactitude de l'heureuse formule du Professeur Léon Bernard : « Le pneumothorax restaure l'aptitude à la maternité ».

Cependant, lorsque le Docteur Decaulne fit paraître sa thèse, en 1926, publiant ainsi quelques ob-

servations sur l'emploi du pneumothorax artificiel chez les tuberculeuses gravides (1), il pouvait déjà s'appuyer sur l'opinion de Maîtres autorisés. Il n'en allait pas ainsi quelques années plus tôt.

En effet, dans sa Thèse de 1923 : « Grossesse et Pneumothorax artificiel », le Docteur Grimbert rappelle : « les scrupules qui firent longtemps hésiter les Phtisiologues qui craignaient une hémostasie incomplète pour les deux êtres appelés à vivre en étroite symbiose au cours de la gestation, du fait de la suppression d'une grande surface respiratoire ; on craignait aussi une dyspnée à tendance asphyxique, particulièrement pendant le travail ». Sur deux observations recueillies dans le service d'un de ses Maîtres à Tours, sur douze autres qui lui furent envoyées de Province, par un certain nombre de phtisiologues, il put toutefois montrer qu'aucun des accidents dont on redoutait l'éventualité n'avaient eu lieu. Il put, d'autre part, mettre en évidence que le pneumothorax n'avait, dans tous ces cas, nullement empêché la femme de mener à bien sa grossesse et qu'il n'y avait pas lieu de suspendre le traitement à l'approche du terme, l'accouchement se faisant normalement. Il terminait en disant : « Chez une femme enceinte, le pneumothorax se comportera donc tout à fait comme dans une tuberculose non

(1) Comme le rappelle par ailleurs Decaulne, cette méthode du pneumothorax artificiel, mise, pour la première fois, en valeur par Forlanini, qui a d'ailleurs donné son nom à la méthode, ce n'est pas le célèbre Maître de Padoue qui en a eu le premier l'idée : « En effet, le Professeur Potain, dès 1888, présentait à l'Académie de Médecine deux cas de tuberculose pulmonaire compliquée de pneumothorax spontané dont la guérison avait été obtenue par l'entretien artificiel de la collection gazeuse. Potain ayant, d'ailleurs, prouvé la nature tuberculeuse de l'affection par la découverte des B. K. dans l'expectoration, avait pu, ensuite, contrôler la guérison clinique, en constatant la disparition des bacilles.

compliquée de grossesse, c'est-à-dire qu'il arrêtera rapidement l'évolution de la maladie : la fièvre, l'expectoration, les sueurs nocturnes disparaîtront rapidement en quelques semaines. Puisque dans la gestation, l'évolution de la tuberculose est plus rapide qu'en temps ordinaire, le pneumothorax devra être préconisé, sans hésitation, et avec plus de célérité chaque fois que cela sera possible. Les résultats en seront d'autant plus remarquables aussi bien pour la mère que pour l'enfant ».

Mais la question du pneumothorax au cours de la gestation, méritait d'être étudiée sur une plus grande échelle, si l'on voulait en faire un premier et réel essai de mise au point, c'est ce que permit l'établissement à Paris de la première Maternité pour tuberculeuses, qui a été instituée dans l'ancien service du Professeur Pinard, par son actuel titulaire, le Professeur Couvelaire.

Dans une telle Maternité, les bacillaires gravides peuvent, en effet, être aisément soignées, selon les nécessités et les exigences de la technique et de la science modernes. C'est ainsi, par les soins mêmes et en étroite liaison avec les services de phthisiologie que peuvent leur être facilement appliquées ou poursuivies, les méthodes curatives actuelles et, en particulier, l'aurothérapie, la collapsothérapie gazeuse, ou éventuellement huileuse, que l'on peut suivre, grâce aux appareils appropriés, les pressions intrapleurales qui pourront ainsi être corrigées ou améliorées sur place. Pour certaines enfin, et nous voulons parler des femmes en cours de traitement par le double pneumothorax, on suivra et vérifiera aussi le métabolisme des échanges.

Ajoutons que cette organisation pour tuberculeuses gravides, le Professeur Couvelaire l'a réalisée dans un pavillon séparé, avec galeries de cure, qui en complètent heureusement la destination spéciale ; disons, par ailleurs, que l'exemple de Baudelocque

a été récemment suivi en Italie, à la Maternité de la Clinique Universitaire de Bari (Italie Centrale) où fonctionne depuis peu un service spécial pour tuberculeuses en couches.

Mais on doit reconnaître cependant que, malgré la facilité que donne l'institution de telles Maternités pour tuberculeuses, on parvient très aisément, dans la plupart des Services de Phtisiologie des grands Hôpitaux de Paris, à suivre et à soigner, comme il convient, en étroite liaison avec les Maternités attenantes, les malades, puisque en particulier les inusufflations leur sont pratiquées par les soins du Service de Phtisiologie dans la salle d'isolement même de la Maternité où elles se trouvent. C'est toutefois grâce à la nouvelle Maternité de Tuberculeuses qu'a pu être poursuivie et achevée si heureusement la dernière Thèse parue en 1927, sur la question, je veux parler de la remarquable Thèse d'Andler faite, grâce aux documents communiqués tant à Baudelocque qu'à Laënnec par MM. Couvelaire et Rist. Dans cette Thèse, Andler s'est surtout efforcé de rechercher quel peut être l'avenir des tuberculeuses en état de gestation. Comme toute personne qui étudie la question, il a forcément été amené à s'apercevoir que, dans les formes très graves ou dans les formes évolutives, qu'elles soient soignées ou non par le pneumothorax, il n'y a pas lieu d'escompter de miracle.

Dans le travail que nous allons exposer, nous avons été, bien entendu, également conduits à la même conclusion logique ; dans ces formes-là, le devoir du médecin, que la femme soit enceinte ou non, consiste à appliquer le meilleur traitement, il est évident que chez de telles malades la gestation n'est pas faite pour arranger les choses, il faudrait l'interdire, mais est-ce toujours possible ?... Comme l'écrit M. Rist dans l'Observation n° 43, « Je n'avais pas autorisé le mariage à la malade, elle s'est mariée

sans mon consentement et est actuellement enceinte. Dans son état, c'est évidemment regrettable ».

Nous pensons, que dans les formes très graves ou très rapidement évolutives, chez les tuberculeuses en état de gestation ou non, on ne peut espérer de grands résultats de la collapsothérapie. Mais ce n'est pas une raison suffisante, semble-t-il, pour douter des résultats d'une méthode dont tant d'auteurs ont montré les remarquables effets et dont il est permis, chaque jour, de constater les excellents résultats.

Rappelant l'opinion de Dumarest, que nous avons déjà cité plus haut, Andler dit qu'il considère, lui aussi, les cas fibreux comme des cas favorables. S'appuyant à son tour sur les cas qu'il a eu l'occasion d'étudier, Andler pense qu'il ne conviendrait d'autoriser seulement la gestation qu'aux formes fibreuses guéries non évolutives et non bacillifères. Il convient cependant, que l'avortement spontané, ou provoqué, est un événement redoutable et qu'il n'y a aucune raison de le préférer à l'accouchement normal. Opposant à la statistique optimiste de Forssner le résultat de ses propres observations, il est amené à remarquer que lorsque les lésions, sans être aussi graves ni aussi évolutives que celles dont nous venons de parler, occupent encore les deux sommets des poumons ou les $\frac{2}{3}$ d'un poumon, il a observé encore 87,5 % de morts dans les mois suivant l'accouchement. Il pense donc que l'opinion favorable de Forssner, que cet auteur base sur sa vaste statistique, est le résultat d'une erreur. Il en conclut qu'étant donné la nécessité reconnue dans laquelle on est de laisser évoluer une gestation chez une bacillaire, le mieux est de donner à la femme gravide une arme de plus, pour lutter contre l'évolution de sa phtisie : c'est ce que lui procure l'institution d'un pneumothorax artificiel. S'il reconnaît avoir constaté lui-même dans 56 cas observés quelques résultats remarquables, son impression est

moins optimiste sur l'enseignement général et les indications pronostiques qu'il tire de l'ensemble de ses cas. Il lui semble que, en ce qui concerne la tuberculose existant antérieurement à la gestation, il ne faut guère escompter plus de 57 % de bons résultats trois ans après l'accouchement. Mais, d'autre part, en ce qui concerne la tuberculose apparaissant au début ou au cours de la gestation, il considère d'après ses observations qu'il ne faut guère escompter plus de 40 % de bons résultats au bout de trois ans après l'accouchement. Il en conclut que le résultat lui paraît, malgré tout, encore très satisfaisant, et il ajoute que, dans ces deux catégories étudiées, il y a un progrès très notable en comparaison des proportions que l'on relève chez les malades non pneumothoracisées, et il termine ainsi :

« Il est donc certain qu'à l'heure actuelle, nous
« possédons dans le pneumothorax artificiel appli-
« qué à la femme et à la future mère un traitement
« dont l'efficacité a fait ses preuves et dont la ca-
« ractéristique est une action d'arrêt rapide et sou-
« vent définitive à l'égard d'un processus tubercu-
« leux évolutif.

« Il n'existe actuellement, en effet, aucun autre traitement capable de nous apporter des résultats semblables. »

CHAPITRE PREMIER

Exposé du plan général de la Thèse

On voit donc, par le rapide exposé que nous venons de faire, que ces questions de tuberculose et pneumothorax chez les femmes en état de gestation, intéressent à juste titre, autant les accoucheurs que les phtisiologues.

Pour notre part, ayant passé plusieurs années dans le Service de notre cher Maître, le Professeur Fernand Bezançon, à l'Hôpital Boucicaut, puis à St-Antoine, nous avons pu suivre, voir traiter et traiter nous-même un grand nombre de malades soignés par le pneumothorax artificiel.

C'est à Boucicaut même que le sujet de notre Thèse nous a été inspiré :

OBSERVATION PRINCEPS. N° 1 DU 1^{er} groupe

C'est en 1922, 1923, en effet, que nous eûmes l'occasion de voir pour la première fois en état de gestation, une ancienne bacillaire, guérie par un pneumothorax arrêté quatre ans avant. Cette malade qui avait été soignée par le Docteur Hervé, avait, au cours de son traitement, engraisé de 20 kilos. Deux ans après l'arrêt du pneumothorax, elle avait fort bien supporté une première gestation et revenait à Boucicaut enceinte pour la seconde fois. Cette femme, que nous suivîmes avec le Docteur Braun, assistant du professeur Bezançon, présentait alors

tous les signes de la plus florissante santé, nous conduisîmes cette gestante dans le service du Docteur Funck-Brentano, où nous la suivîmes quotidiennement ; elle accoucha dans les meilleures conditions, l'accouchement n'eut d'ailleurs lui-même aucune action fâcheuse et les suites de couches furent absolument normales, cette femme s'est toujours, depuis lors, bien portée, elle fut revue à maintes reprises par la suite.

Depuis cette époque, nous avons vu à Saint-Antoine, dans le Service de notre Maître le Professeur Bezançon, un certain nombre de femmes enceintes chez lesquelles un pneumothorax était poursuivi ou institué. La méthode, assez récente, de la collapsothérapie dans ses nouvelles applications, chez les femmes gravides nous parut intéressante au point de vue de l'avenir de ces femmes.

Contrairement à l'axiome classique du début de nos études, il est certain actuellement que la technique moderne de la collapsothérapie a modifié les idées en cours, si on en juge en particulier d'après certaines statistiques et certains rapports que nous venons de rappeler brièvement et qui furent présentés à des récents congrès (Weymeersch et Albrechts, Genève, Août 1923 ; Forssner, Lausanne, 1924).

C'est sur ces données qu'il nous a semblé intéressant d'étudier :

1° L'avenir des tuberculeuses guéries cliniquement par un pneumothorax et devenues ultérieurement en état de gestation. (Dans la Thèse si intéressante que vient de faire paraître notre ami M. le Docteur Vêran, sur l'arrêt du pneumothorax artificiel, cet auteur publie 15 observations de tuberculeuses guéries cliniquement par un pneumothorax simple ou bilatéral, ayant mené à bien une ou plusieurs grossesses qui n'eurent aucun fâcheux retentissement.)

2° Le pneumothorax artificiel comme indication thérapeutique au cours de la grossesse et son efficacité pendant et après l'accouchement, ainsi que le pronostic favorable ou défavorable qui peut être porté, quant à l'évolution possible ultérieure de la phtisie, l'éventualité de guérison, de bilatéralisation, ou d'issue fatale.

3° Le pneumothorax de défense ou de sécurité au moment de l'accouchement ou de suite après l'accouchement et le pronostic qu'on peut en porter.

4° L'utilisation si nouvelle du pneumothorax bilatéral au cours de la gestation, de ce pneumothorax bilatéral dont le professeur Bezançon et le Docteur Jacquelin, ainsi que le Docteur Chabaud (Thèse) le Professeur Léon Bernard, les Docteurs Rist et Coulaud, de même que les Docteurs Bernou et Hervé, après Barlow et Kramer ont affirmé l'incontestable utilité.

De l'étude de 70 observations que nous avons pu recueillir et suivre longuement, soit dans le Service de Clinique de notre Maître M. le Professeur Bezançon, à l'Hôpital Saint-Antoine, soit dans le Service de Clinique de M. le Professeur Léon Bernard, à l'Hôpital Laënnec, soit dans les Services de MM. les Professeurs agrégés et Médecins des Hôpitaux : Rist, Courcoux, Debré et Ameuille, soit enfin des observations que nous devons à l'obligeance de M. le Docteur Braun, nous pensons devoir tirer un certain nombre de conclusions que nous exposons plus loin.

Nous devons noter ici que pour connaître les résultats, à échéance aussi éloignée que possible, des observations recueillies dans les salles de baccillaires, nous avons dû suivre les femmes dans les différentes Maternités de MM. les Professeurs Couvelaire et Jeannin dans ceux de MM. les Professeurs

Agrégés et Accoucheurs des Hôpitaux : Le Lurier, Lévy-Solal, Ecalte, Cathala, Levant.

Nous classons nos observations en quatre groupes :

1^{er} Groupe.

Tuberculeuses guéries cliniquement par le pneumothorax artificiel et devenues enceintes quelques mois ou quelques années après la cessation du traitement. — 6 malades chez lesquelles la grossesse n'a amené aucune récurrence (1 d'entre elles a fort bien supporté 2 gestations [Obs. princeps], 1 autre a fort bien supporté une gestation gémellaire [Obs. n° 3]).

2^e Groupe.

Tuberculeuses en état de gestation chez lesquelles un pneumothorax artificiel a été institué. Sur 23 malades, 2 bilatéralisations (n° 7 et n° 18), parmi les 21 autres, 4 ont accouché deux fois depuis le traitement (Obs. n° 10, n° 11, n° 17, n° 18) et 1 autre a mené à bien une grossesse gémellaire (Obs. n° 2). 1 malade bilatérale avant le traitement a refusé de le poursuivre après l'accouchement et est décédée 3 mois plus tard (Obs. n° 16).

3^e Groupe.

Tuberculeuses devenues enceintes alors qu'elles étaient en cours de traitement par un pneumothorax artificiel. Ce groupe comprend 36 malades. 5 (n° 13, n° 14, n° 15, n° 22, n° 36) étaient bilatérales avant le traitement. 6 se sont aggravées ou sont devenues bilatérales par la suite (obs. n° 7, n° 10, n° 12, n° 17, n° 19, n° 33). Sur ces 36 malades, cinq sont mortes (obs. n° 13, n° 14, n° 15, n° 22, n° 33). Parmi les 32 autres, cinq ont accouché deux fois de suite pendant le traitement (obs. n° 5, n° 16, n° 24, n° 31, n° 33), et une trois fois (obs. n° 23). Une, enfin, a

très bien supporté une césarienne (Obs. n° 30) et une autre une grossesse gémellaire (obs. n° 3).

4° Groupe.

Tuberculeuses devenues enceintes en cours de traitement d'un double pneumothorax.

Ce groupe comprend (obs. n° 3) une observation parue à Berlin dans *Beitrag zur Klinik der Tuberkulose*, en Août 1929, et dont l'auteur, le Docteur Rölöff, a bien voulu nous donner l'épilogue. La première observation fut communiquée le 8 décembre 1928, à la Section d'Etudes Scientifiques de l'Œuvre de la Tuberculose, par MM. Rist et Coulaud, qui ont bien voulu également nous tenir au courant de la suite de l'observation. Nous avons pu étudier nous-même et suivre jusqu'à présent, avec notre ami le Docteur Triboulet, ainsi qu'avec M. le Docteur Coulaud, les malades concernant les trois autres observations. M. le Docteur Lacome, Accoucheur des Hôpitaux, a bien voulu nous communiquer l'observation de la cinquième malade que nous continuons à suivre dans le service de M. le Docteur Rist, service qu'elle a rejoint depuis son accouchement.

CHAPITRE II

1^{er} Groupe.

6 Observations de Tuberculeuses guéries cliniquement par le pneumothorax artificiel et devenues enceintes quelques mois ou quelques années après la cessation du traitement.

Tuberculose fibreuse avec lésion évolutive du poumon droit déclarée à l'âge de 9 ans et soignée pendant deux ans par un pneumothorax artificiel qui a amené la guérison clinique. — 8 ans après la cessation du traitement, la malade mène à bien une grossesse et accouche normalement. — 4 mois après l'accouchement la malade est en excellente santé. — La gravidité ne semble avoir eu aucune influence néfaste.

OBSERVATION N° 2

Mme CO., Lucienne, 20 ans.

La malade a contracté, à l'âge de 9 ans, une congestion pulmonaire, qui la tint 4 mois au lit. Elle se mit à tousser par la suite, puis présenta une série d'hémoptysies. Conduite à l'Hôpital Trousseau, elle est envoyée à l'Hôpital Debrousse où le Docteur Armand Delille constate des lésions marquées du côté droit ; il décide d'instituer un pneumothorax arti-

ficiel droit. La première insufflation a lieu en Février 1921. Le collapsus complet est assez rapidement obtenu et le pneumothorax est poursuivi avec succès pendant plus de deux ans et demi (jusqu'à la fin de l'année 1923).

A l'âge de 12 ans, la petite malade sort de l'Hôpital, complètement guérie.

En particulier, elle avait engraisé de plus de 13 kilos depuis le début des insufflations. Après un court séjour à Brévannes, elle rentre chez elle où elle se repose encore un an. L'année suivante, à l'âge de 13 ans, elle commence à travailler modérément comme manutentionnaire, mais 4 ans plus tard, en 1928, elle change de travail et entre dans une usine de métallurgie où elle se surmène beaucoup et se trouve exposée à de nombreux courants d'air. Elle prend froid, recommence à tousser et va consulter à l'Hôpital Debrousse où on lui conseille le repos.

Quelques mois après, la malade reprend son travail, entre temps, elle s'est mariée. En fin mai 1930, la malade commence une grossesse assez bien supportée, bien que, depuis 1926, la malade n'ait pas repris son poids normal. Les derniers mois de sa gestation, elle se sent assez fatiguée et constate une légère reprise de la toux. Au début du mois d'octobre, elle s'arrête de travailler et retourne consulter le Docteur Armand Delille, à ce moment, l'examen ne révèle pas de modifications du côté droit, donc les lésions cicatrisées n'ont pas repris d'activité, mais il semble qu'il existe à gauche une légère infiltration qu'il convient de surveiller.

En conséquence, la malade est mise au repos chez elle, pendant les derniers mois de la grossesse.

Dans le courant du mois de décembre, elle est arrivée au 7^e mois de sa grossesse qui se poursuit sans incidents, mais quelques semaines avant terme, le 7 janvier 1931, la malade est prise des premières

douleurs. Transportée à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine, Service du Professeur Ag. Lévy-Solal, elle accouche, à 4 heures et demie, d'un garçon vivant pesant 2 kilos 700 ; délivrance naturelle et complète à 5 heures 10, poids 340 grs. Les suites de couches sont normales. La malade, examinée par nous-mêmes avant et après l'accouchement, n'a présenté aucun symptômes à l'auscultation; la radioscopie faite avant sa sortie de Saint-Antoine n'a montré aucune modification de l'aspect des deux champs pulmonaires. La malade rentre chez elle le 12^e jour. Trois mois près l'accouchement, la malade a repris son travail, l'accouchement ne semble avoir eu aucune influence défavorable, l'enfant va parfaitement bien.

Tuberculose ulcéro-caséuse du lobe supérieur droit dont on a obtenu la guérison clinique par un pneumothorax artificiel pratiqué pendant six mois et par une longue cure sanatoriale. — Un an après la guérison clinique, la malade accouche normalement de deux jumeaux sans que cet accouchement ait amené un fléchissement quelconque de l'état général. — Un an après l'accouchement la malade est en parfaite santé.

OBSERVATION N° 3

Mme Charl. Blanche, 23 ans.

La malade dont la mère est morte dans le Service des Bacillaires à l'Hôpital Saint-Antoine six ans plus tôt, vient, à son tour, consulter, à cet hôpital, en 1927. Elle avait elle-même fait un séjour en préventorium à l'âge de 9 ans.

Mariée à 20 ans, elle a perdu un enfant de méningite tuberculeuse et a présenté, à la suite d'une fausse couche (en 1925), des hémorragies abondantes qui l'ont beaucoup anémiée. Quelques semaines plus tard, elle fait coup sur coup plusieurs hémoptysies.

En 1926 et au début de 1927, elle fait deux nouvelles fausses couches de 6 mois qui l'affaiblissent encore davantage. Au mois d'août 1927, la malade présente une troisième hémoptysie plus abondante que la première.

Bien qu'elle se soit beaucoup surmenée et que des soucis moraux et matériels aient considérablement modifié son état général qui paraît gravement compromis, la malade continue cependant son travail jusqu'au mois d'octobre.

A cette époque, à bout de forces, maigrissant

chaque jour davantage (elle avait maigri de plus de 15 kilos en 2 ans), très essoufflée, accusant de nombreux points de côté, toussant et crachant beaucoup, elle se décide, enfin, à consulter.

Elle entre à l'Hôpital Saint-Antoine, Service du Professeur Bezançon le 25 octobre 1927 ; à ce moment, l'auscultation montre, à gauche, de nombreux et gros râles humides, aux deux temps de la respiration, la plupart d'entre eux à timbre de gargouillants. La percussion révèle, en outre, une matité assez étendue du sommet gauche. A droite, l'auscultation montre une respiration rude.

Les examens radiologiques mettent en évidence la présence au sommet gauche d'une zone largement excavée ; il s'agit donc d'une tuberculose fibro-caséuse en pleine poussée évolutive avec caverne apicale à gauche. Enfin l'expectoration montre la présence de nombreux B. K.

A son entrée, la malade pèse 44 kilos 200 ; le professeur Bezançon et le Docteur Braun décident l'institution d'un pneumothorax artificiel droit.

1^{re} insufflation le 20 nov. 1927 : — 8 250 — 6

2^e insufflation le 25 nov. 1927 : — 10 250 — 8

Dès le 26 novembre, on note un bon décollement. L'état de la malade s'améliore déjà, et dans les jours suivants, la dyspnée et l'oppression vont complètement disparaître. Les insufflations sont poursuivies régulièrement, ainsi, 6 décembre — 10 300 — 6. Le 16 décembre on a obtenu un décollement complet, l'expectoratoir n'est plus bacillifère. On continue les insufflations en restant aux environs de 300 cmc à chaque fois.

Dès le mois de Février 1928, la malade se sent considérablement améliorée, le décollement s'est encore accentué. Le pneumothorax est poursuivi dans les mêmes conditions sans pousser.

Cependant on note, au début d'avril, la pré-

sence d'une petite réaction liquidienne dont l'augmentation en fin avril commande la suspension des insufflations. En fin mai, le liquide commence à régresser. En fin juin, on ne voit plus de niveau de liquide, mais le décollement n'est plus visible ; comme l'état général est parfait, on ne reprend pas les insufflations.

Le 7 septembre 1928, la malade, toujours en excellent état, part en cure sanatoriale à la Tuyolle. Après un séjour de 7 mois et demi, la malade revient en fin avril 1929, présentant un merveilleux aspect général (l'expectoration n'est plus bacillifère depuis plusieurs mois, d'ailleurs, à ce moment, la malade ne crache plus et ne tousse plus). Elle pèse 63 kilos 300, ayant repris plus de 19 kilos en 18 mois.

Le 14 octobre 1929, la malade revient consulter à Saint-Antoine, enceinte de trois mois et demi, elle se sent fatiguée, l'auscultation révèle la présence de quelques sous-crépitations dans l'aisselle ; la malade continue cependant à travailler. Son état s'améliore d'ailleurs rapidement après quelques semaines de repos, sa grossesse, d'autre part, se poursuit normalement.

Le 26 mars 1930, la malade, à terme entre à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine Service du Professeur Ag. Lévy-Solal. Elle accouche spontanément dans la soirée de 2 jumeaux, le premier un garçon mort-né pèse 980 grs., le deuxième une fille vivante pèse 1 kilo 120, très chétive, elle meurt deux jours plus tard.

Délivrance naturelle et complète, poids 450 grs. Suites de couches : température à 38°, 38°2 jusqu'au 7° jour, ensuite retour, en lysis à la normale atteinte le 10° jour. La malade sort le 11° jour en bon état et se remet au travail 8 heures par jour, de son métier de cartonnière, deux mois plus tard.

Elle revient régulièrement se faire suivre depuis par le centre de triage et présente toujours un très bon état général.

Au 20 mai 1931, plus d'un an après l'accouchement, la malade est très bien portante et travaille régulièrement.

Tuberculose ulcéro-caséuse du lobe supérieur gauche fébrile et évolutive avec spélonque du sommet traitée par un pneumothorax artificiel gauche pendant deux ans. — Deux mois après la cessation des insufflations, la malade commence une grossesse et accouche normalement. — Actuellement, 9 mois après l'accouchement, la malade se porte excessivement bien et travaille régulièrement.

OBSERVATION N° 4

Mme Ot. Paulette, 18 ans.

La malade, qui s'est mise à tousser et à cracher au cours de l'hiver 1926-1927, commence à maigrir et à présenter de la température vespérale, vers le mois de mars 1927. Très fatiguée et asthénisée, elle entre à l'Hôpital Rothschild, le 30 mai 1927, pesant 55 kilos.

L'examen à l'entrée à l'Hôpital montre à gauche l'augmentation des vibrations respiratoires, une respiration rude, et dans l'aisselle, on perçoit de gros râles à tendance humide. A droite, on entend simplement une respiration un peu rude. La radiologie met, d'autre part, en évidence, l'existence au sommet gauche d'une zone de condensation centrée par un espace clair, arrondi, excavé, qui donne bien l'impression d'une spélonque de dimension moyenne ; sur tout le reste du champ pulmonaire gauche, on observe une grisaille assez marquée. La malade présente une température vespérale aux alentours de 38°5, elle tousse et crache beaucoup, son expectoration est bacillifère.

La malade, mise au repos pendant 3 mois, continue cependant à tousser et à cracher, sa température persiste, on décide, en conséquence, d'instituer

un pneumothorax gauche. Première insufflation, le 12 septembre 1927. Dès les premières insufflations, on obtient un assez bon décollement, l'état général s'améliore rapidement. Le pneumothorax est continué régulièrement 2 fois, puis 1 fois par semaine. Le 7 novembre, on note la présence d'une mince couche de liquide à la base, l'expectoration est toujours bacillifère, mais la température est revenue sensiblement à la normale. Les insufflations sont poursuivies, ainsi, le 5 décembre: —4 550 —5, mais à partir du 10 décembre, le niveau liquidien s'élève sensiblement, en même temps qu'il se produit une réaction fébrile pendant un mois.

En janvier, la malade est envoyée au Sanatorium de l'Espérance, à Hauteville, où le pneumothorax est poursuivi par les soins du Docteur Bonafé. La malade est insufflée tous les 15 jours environ, on insuffle chaque fois une quantité d'azote d'environ 150 cm³. Les pressions terminales étant d'environ +4 à +6. L'état général est excellent, en quatre mois, la malade a augmenté de 5 kilos, l'expectoration n'est plus bacillifère.

Le 5 avril 1928, la malade, revenue d'Hauteville, se présente au contre de triage de l'Hôpital Saint-Antoine, le Docteur Braun et le Docteur J. Frey-Ragu constatent qu'il existe toujours, à ce moment, une couche de liquide à la partie moyenne du poumon. Ce jour-là, insufflation : —8 150 +6, de même le 20 avril : —6 150 +6. Les insufflations sont poursuivies au Centre de triage tous les 15 jours dans les mêmes conditions qu'au sanatorium. En mai, le liquide commence à diminuer, le 1^{er} juin, le collapsus est toujours parfait, il n'y a plus qu'un travers de doigt de liquide, on insuffle : —8 150 +6. quinze jours plus tard, le liquide a presque disparu, en conséquence, on augmente un peu la quantité d'air insufflée : 20 juin : —10 300 +4. Par la suite, les insufflations sont poursuivies régulièrement dans les

mêmes conditions, tous les 15 jours, ainsi : 19 octobre : 0 200 —4. En fin novembre, le liquide réapparaît et monte légèrement, on diminue la quantité d'air insufflée.

En janvier 1929, le liquide a beaucoup diminué, la malade est en parfait état général, en un an environ, elle a engraisé de plus de 8 kilos. Les insufflations sont poursuivies dans les mêmes conditions, ainsi : 22 Février : —4 225 —6

3 Mai : —6 150 +4

14 Juin : —4 150 +8

on décide d'arrêter progressivement le pneumothorax, l'examen des crachats n'a plus jamais montré la présence de B.K. depuis plus de 18 mois :

26 Juillet : —10 100 —4

20 Septembre : —10 75 —8

La dernière insufflation a lieu le 18 octobre 1929 : —10 75 —6. L'auscultation et les examens radiologiques montrent un état local parfait, la malade présente, d'autre part, un merveilleux aspect général, elle est autorisée à reprendre une existence normale.

Deux mois après, en décembre 1929, commence une grossesse qui évolue normalement ; la malade est suivie régulièrement par le centre de triage, sa grossesse est fort bien supportée, l'état général reste toujours excellent. La malade entre, le 7 août, à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis, Service du Docteur Cathala ; elle accouche spontanément le 8 août, à 10 heures 30, d'un garçon vivant pesant 3 kilos 600. Délivrance naturelle et complète, 430 grs. Suites de couches normales sans température. L'enfant vacciné au B. C. G., mis à l'allaitement artificiel, est envoyé en placement familial, il se porte fort bien actuellement. La malade est toujours suivie par le centre de triage. Elle écrit, le 4 mars 1931 :

« Je travaille, comme facturière, sur machine

« Elliot-Fischer, travail très très dur, mais que je
« supporte néanmoins très bien, à un point que,
« souvent, j'en viens à me demander si j'ai vrai-
« ment été malade.

« Mon bébé, qui est en nourrice, se porte très
« bien lui aussi. Je viens de passer un hiver excel-
« lent sans un rhume, sans rien, et pourtant je vais
« au lavoir tous les 15 jours et j'y fais de grosses
« lessives, comme vous le voyez, tout va bien. »

Tuberculose ulcéro-caséuse lobaire supérieure droite à marche évolutive rapide traitée par un pneumothorax artificiel arrêté un an après, la guérison clinique étant obtenue. — Trois ans après la maladie mène à terme une grossesse et accouche normalement. — Quatre ans après l'accouchement, l'état général est toujours parfait.

OBSERVATION N° 5

(communiquée par M. le Docteur Braun)

Mme De... Lucie, 35 ans.

La malade, qui a commencé à maigrir, à tousser et à cracher dès le début de l'année 1923, se sent, au cours de l'été, de plus en plus fatiguée et asthénisée, enfin elle s'inquiète d'une température vespérale persistante, elle vient consulter le Docteur Braun, en fin septembre 1923.

A ce moment, l'auscultation révèle l'existence d'une tuberculose ulcéro-caséuse lobaire supérieure droite excavée dont la radiologie montre l'accentuation rapide, d'autre part, l'expectoration est bacillifère. Le Docteur Braun institue, le 4 octobre, un pneumothorax artificiel droit. Les insufflations poursuivies régulièrement sont en moyenne de 3 à 4 cm³.

On obtient, dès le début, un bon collapsus. Dès la fin octobre, le pneumothorax se montre très rapidement efficace, la malade ne tousse plus, ne crache plus, engraisse. En novembre, un épanchement apparaît ; on poursuit le traitement en diminuant la quantité d'air insufflée à chaque fois, d'ailleurs, dès janvier 1924, le liquide commence à diminuer, il a complètement disparu en mars 1924, mais il s'est

produit un épaississement pleural remontant jusque sous la clavicule (il semble qu'il s'agit d'un commencement de sclérose. Le pneumothorax est continué à faible pression jusqu'en décembre 1924. A ce moment la radiologie montre que le champ pulmonaire droit est simplement moins transparent que le gauche, cette diminution de transparence étant d'ailleurs particulièrement marquée au sommet, sous la clavicule, ainsi qu'à la partie moyenne où l'on note quelques ombres à contours irréguliers. Il existe en bas une zone opaque correspondant à l'épaississement pleural, vestige de l'épanchement liquidien.

Il y a donc une amélioration très marquée et, comme les lésions paraissent n'être plus du tout en voie d'évolution, on arrête le pneumothorax. La malade reste encre au repos pendant une année, au bout de ce temps la guérison clinique est alors parfaitement obtenue, la malade a augmenté de 20 kilos.

Moins d'un an plus tard, la malade se marie ; en fin 1926, elle commence une grossesse qu'elle supporte parfaitement bien et mène à terme dans les meilleures conditions. Accouchement en mai 1927. L'accouchement n'a eu aucune répercussion sur sa santé.

Actuellement, la malade, qui habite toute l'année la campagne, se porte extrêmement bien, quatre ans après avoir accouché, six ans et demi après l'arrêt du traitement. L'enfant est en parfaite santé.

Tuberculeuse guérie cliniquement de ses lésions gauches par un pneumothorax arrêté, mais chez laquelle de graves lésions droites apparaissent 6 mois plus tard. — La malade refuse cependant l'institution d'un second pneumothorax. — Les lésions évoluent lentement. — Deux ans et demi après commence une grossesse au cours de laquelle l'état de la malade s'aggrave peu à peu. — Un pneumothorax droit, enfin accepté, allait être institué, lorsque la malade accouche au 8^e mois. — Quelques jours après l'accouchement le pneumothorax droit est institué. — Actuellement, 6 mois après l'accouchement, le collapsus, qui est cependant incomplet, agit toujours efficacement, l'état de la malade est très satisfaisant.

OBSERVATION N° 6

Mme Hi... Amélie, 35 ans.

A la suite d'une grippe contractée en 1920, la malade se mit à tousser et à cracher abondamment. Au cours de l'année 1922, son état déclina progressivement, malgré un assez long séjour à la campagne (amaigrissement de 15 kilos en un an).

En octobre 1922, la malade vient consulter au dispensaire Léon-Bourgeois. L'examen, à ce moment, montra à l'auscultation l'existence d'une condensation lobaire supérieure gauche excavée (assez nombreux râles humides dans le champ pulmonaire gauche, gros bloc de matité à la percussion).

La radiologie révéla l'existence de nombreuses taches et marbrures du champ pulmonaire gauche avec, au sommet, plusieurs petites spélonques immédiatement au-dessous et en dehors de l'articulation sterno-claviculaire, d'autre part, le sommet

droit paraissait nuageux à la toux, un pneumothorax artificiel fut institué le 26 octobre 1922 :

—5 100 oxy. 350 air —3

deuxième insufflation le 28 oct. 1922 : —3 625 —1.
Les insufflations furent poursuivies par la suite entre 350 et 500 cm³ d'air à chaque fois.

Le collapsus se montra, dès le début, très efficace.

En fin décembre 1922, la malade partit pour Angicourt, ayant engraisé de 2 kilos depuis le début de son traitement.

En février 1923, une inoculation faite au cobaye se révéla négative. La malade resta au sanatorium d'Angicourt jusqu'en février 1924.

Rentrée à Paris, elle se remit à travailler tout en venant se faire insuffler au Dispensaire Léon-Bourgeois. Le pneumothorax était toujours parfait, il ne se produisit jamais de liquide, la compression était totale.

Mais en juillet 1925, la radiologie montra des taches suspectes au niveau du poumon droit, la malade fut renvoyée pendant un an au sanatorium d'Angicourt (de septembre 1925 à octobre 1926).

A son retour à Paris, la malade reprit son travail et le traitement fut poursuivi au Dispensaire Léon-Bourgeois, le pneumothorax étant toujours parfait, sec, efficace et total.

En décembre 1926, la guérison clinique paraissant obtenue, on arrêta le pneumothorax (il n'y avait plus de bacilles depuis plus d'un an). Mais, en juin 1927, la malade prit froid, se mit à tousser et à cracher, recommença à maigrir, présenta de nombreux points de côté, enfin elle expectora quelques crachats sanglants, à plusieurs reprises.

En juillet, son expectoration était, à nouveau, bacillifère.

Au mois d'août, la radiologie montra l'existence de marbrures sur toute la moitié supérieure du

champ pulmonaire droit où se voyaient, en outre, trois ombres suspectes arrondies au niveau et sous la clavicule.

Le Docteur Hirschberg proposa alors à la malade d'instituer un pneumothorax droit, mais elle refusa et temporisa continuellement. Mise au repos, son état s'améliora peu à peu.

En octobre, les taches et marbrures étaient moins opaques et moins confluentes, les ombres suspectes avaient diminué de volume, on ne trouvait plus que quelques râles à l'auscultation.

En novembre, l'expectoration n'était plus bacillifère, en février 1928, la malade repartit au Sanatorium d'Angicourt, mais son état ne s'y améliora pas énormément.

Elle sort du sanatorium en février 1929 et bien que toussant encore, elle n'observe encore pas les prescriptions médicales et reprend son travail.

Un an plus tard, en février 1930, elle commence une grossesse. A ce moment, son état général n'est pas très atteint, mais elle continue à se surmener beaucoup dans son travail, son état, alors, se met à décliner à nouveau. Au mois d'août, elle fait une hémoptysie, elle tousse de nouveau beaucoup, son expectoration est très abondante et bacillifère. La malade maigrit continuellement, elle accouche le 4 novembre, à 7 h. 35, à la Clinique Baudelocque, d'une fille vivante qui fut vaccinée au B. C. G. et séparée de la mère. Suites de couches : température aux alentours de 38° jusqu'au 13^e jour, ensuite retour à la normale.

Peu avant l'accouchement, la malade avait fini par accepter l'institution d'un pneumothorax droit, mais elle accoucha au 8^e mois de sa grossesse, la veille du jour où devait lui être institué un pneumothorax.

Après l'accouchement, la malade se sentit mieux et rentra à Laënnec, le 17 novembre 1930.

Le 27 novembre, le pneumothorax droit fut institué : —6 100 oxyg. 300 air —4.

2^e insufflation, le 29 nov. : —5 325 —4

3^e insufflation, le 1^{er} déc. : —3 350 —2

Les insufflations furent ensuite augmentées, puis poursuivies régulièrement aux alentours de 600 cm³. L'état de la malade s'est beaucoup amélioré ; en mars 1931, elle a engraisé de 8 kilos depuis le début du pneumothorax, bien qu'il subsiste une bride sous-claviculaire.

Le traitement est poursuivi actuellement à Laënnec, en attendant, la malade devant, d'autre part, partir incessamment en cure sanatoriale complémentaire.

Son enfant, envoyé en placement à la campagne, est toujours bien portant.

CHAPITRE III

2^e Groupe.

23 Observations de Tuberculeuses enceintes chez lesquelles un pneumothorax artificiel a été institué.

Tuberculose fibro-caséuse à tendance évolutive chez une femme enceinte, le pneumothorax pratiqué au cours de la gestation a permis à la malade de mener à bien sa grossesse. — Six mois après l'accouchement, les insufflations sont poursuivies régulièrement. — Bon état général.

OBSERVATION N° 1

Mme Ros. Louise, 18 ans.

La malade est restée longtemps en contact avec son frère, mort tuberculeux en 1928. A partir du mois d'août 1929, elle se sent continuellement fatiguée, asthénisée, en même temps, elle remarque qu'elle maigrit beaucoup. Depuis le début de l'année 1930, elle se met à tousser, crache peu, mais accuse de nombreux points de côté. En mars, la malade commence une grossesse ; son mari étant au régime, elle continue cependant à travailler et se surmène beaucoup. En juillet 1930, la malade enceinte de 5 mois, fait brusquement une hémoptysie qui l'amène à venir consulter au centre de triage de l'Hôpital St-Antoine. L'auscultation révèle alors la présence de nombreux râles sous-crépitaux à droite, per-

ceptibles surtout au sommet. La radiographie montre, d'autre part, une diminution de transparence non homogène des 2/3 supérieurs du champ pulmonaire droit, le poumon gauche paraît normal. Il semble donc y avoir unilatéralité des lésions. L'état général n'est pas trop atteint.

Mais au mois d'août, l'état général de la malade commence à décliner et les lésions semblent être en pleine évolution. Le Docteur Braun décide, en conséquence, d'instituer un pneumothorax artificiel droit.

1^{re} insufflation le 11 août 1930 : —14 250 —10.

2^e insufflation, 13 août 1930 : —12 150 —10.

6^e insufflation, 2 septembre : —14 150 —4.

A la neuvième insufflation, le 12 septembre 1930 (—12 150 —10) on voit nettement un décollement du tiers supérieur du poumon droit. Les insufflations sont poursuivies régulièrement 2 fois par semaine (150 cm³ à chaque fois).

En octobre, on augmente un peu la quantité (250 à 275 cm³ à chaque fois).

La malade, qui avait toujours très bien supporté sa grossesse, est dirigée le 28 octobre 1930, sur la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine (Service du Professeur Ag. Lévy-Solal). Elle entre en travail ce même jour, à midi (présentation O.I.G.A.). Comme la malade paraissait fatiguée au cours du travail, on fait une application de forceps dans l'excavation, à 17 heures, et on extrait une fille vivante pesant 3 kilos 540.

A 18 heures délivrance naturelle et complète, poids 470 grs.

Au neuvième jour, on insuffle à la Maternité —14 200 —10. Les suites de couches ont été normales, la malade n'a jamais présenté une élévation de température notable.

La malade revient ensuite se faire insuffler régulièrement tous les 15 jours au centre de triage,

où nous continuons à la suivre encore actuellement, elle augmente régulièrement de poids et reprend son travail en décembre. Les quantités d'air à chaque insufflation sont de 200 à 250 cm³.

Ainsi, 18 décembre : —18 200 —12.

23 janvier : —16 200 —12

Le traitement est poursuivi de même par la suite en février, mars, avril, mai 1931. La malade est en parfait état et travaille régulièrement.

D'autre part, l'enfant vacciné au B.C.G., fut envoyé à la campagne et est actuellement en très bonne santé.

Tuberculeuse ulcéro-caséreuse grave évoluant rapidement chez une femme enceinte présentant un mauvais état général. — Le pneumothorax pratiqué au cours de la gestation a permis à la malade de mener à bien sa grossesse et d'accoucher à terme de deux jumelles. — Six mois après, l'état général est encore relativement satisfaisant.

OBSERVATION N° 2

Mme Pan. Elise, 18 ans.

La malade, qui était allé habiter le Maroc, fait, en juin 1929, une grande randonnée en motocyclette, le mois suivant (juillet 1929) elle présente une série de petites hémoptysies. Par la suite, la malade, qui supporte mal le climat et a eu des crises de paludisme, commence à se sentir très fatiguée et asthénisée. En décembre, à la suite d'un nouveau surmenage physique (déplacement semblable) hémoptysies abondantes ; depuis lors, l'état général décline progressivement.

Au mois de mars 1930, la malade est enceinte de 2 mois, cette grossesse est très mal supportée au début : troubles digestifs, vomissements et amaigrissement marqué. Par la suite, tout s'atténue et l'état général s'améliore un peu.

La malade, venant de Casablanca, entre dans le Service du Professeur Bezançon à l'Hôpital Saint-Antoine, le 23 juillet 1930. Elle est à ce moment au sixième mois de sa grossesse et son état général est relativement satisfaisant.

A l'examen le poumon gauche paraît normal, mais l'auscultation révèle au sommet droit la présence de nombreux râles sous-crépitaux surtout perceptibles en avant. D'autre part, la malade tousse et

crache assez fréquemment. Enfin, elle présente une température vespérale aux alentours de 38°, 38°5 et a maigri de 6 kilos depuis moins de 5 mois.

Dans les semaines suivantes, la malade semble être en pleine poussée évolutive, ses lésions sont en effet en pleine activité et ont tendance au ramollissement. En effet, on entend, à l'auscultation, de gros râles gargouillants et les clichés radiographiques montrent au niveau du sommet droit une spélonque en voie de développement. Le Professeur Bezançon et le Docteur Braun, en raison de la gravité des lésions droites, décident d'instituer un pneumothorax droit ; le 15 août, en effet, on perçoit très nettement des signes spélonquaires au sommet droit.

Première insufflation le 20 août 1930 : grosse négative 150 cm³ d'air —12.

3^e insufflation, le 26 août —15 200 —10.

4^e insufflation, le 29 août : —12 200 —9.

Le 3 septembre, le décollement est bien visible à la moitié inférieure, mais il existe déjà un épanchement liquidien d'environ 7 à 8 cm. de hauteur. Les insufflations sont poursuivies doucement.

Le 15 sepembre : —10 50 —4.

Le 19 sepembre : —6 50 —6.

Le liquide diminue et le 25 septembre, on peut insuffler de nouveau davantage : —6 100 —6. Mais, dès le 3 octobre, le liquide remonte jusqu'à la clavicule. Ce n'est que le 10 octobre que, le liquide diminuant, on peut de nouveau insuffler en augmentant progressivement.

Ainsi, à cette date : —14 50 —10.

Le 14 octobre —8 75 —8.

Le 17 octobre —14 100 —8.

Le 21 octobre, il y a encore un peu de liquide,

mais il existe un bon décollement sur toute la hauteur. La malade est presque à terme, on l'insufflé encore le 24 octobre —20 100 —10, et le 28 octobre —10 150 —10.

Dans la nuit du 28 au 29 octobre, la malade entre en travail. Pour lui éviter une fatigue, on fait une application de forceps en O.P. au détroit inférieur, à 4 heures 30, le 29 octobre, et on extrait une fille vivante pesant 1 kilo 820 ; à 4 heures 50, seconde application de forceps sur sommet en droite transverse à la partie moyenne de l'excavation et extraction d'une deuxième fille vivante pesant 1 kilo 250. Délivrance naturelle et complète à 5 heures 30, poids 760 grs. La malade a bien supporté ce double accouchement.

Elle est réinsufflée à la Maternité le 3 novembre.
—14 150 —6. Le 7 novembre : —8 150 —8.
Le 12 novembre —10 125 —4.
Le 15 novembre —10 100 —1.

Mais pendant toutes ses suites de couches, elle présente continuellement une température aux alentours de 38, 38°5.

La malade rentre dans le Service du Professeur Bezançon, le 16 novembre ; le 18, elle est réinsufflée au Centre de triage —14 100 +4 ; la radioscopie montre un bon décollement, il n'y a plus du tout de liquide. Les insufflations sont reprises régulièrement en restant aux alentours de 100 cm³.

Le 25 décembre, les fillettes, quoique débiles, sont encore en état satisfaisant. En janvier, la radioscopie montre toujours un bon décollement du poumon sur toute la hauteur, il ne semble pas y avoir de lésions du côté opposé ; cependant, la malade n'engraisse toujours pas. Les insufflations sont poursuivies régulièrement, de même en février et mars 1931.

Etant donné la gravité des lésions, et l'atteinte marquée de l'état général, on peut considérer que la collapsothérapie a donné un résultat assez satisfaisant.

Au début du mois de mars, la malade sort de l'Hôpital et revient régulièrement se faire insuffler au Centre de Triage.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséreuse du sommet gauche chez une femme enceinte. — Le pneumothorax pratiqué au cours de la gestation a permis à la malade de mener à bien sa grossesse. — Quatre mois après l'accouchement, devant l'amélioration considérable de l'état général, on arrête le pneumothorax. — Quatre ans après, la malade, qui a repris sa vie normale, est en très bon état général et travaille régulièrement.

OBSERVATION N° 3

Mme Het. Aimée, 20 ans.

Le père et la sœur de la malade sont morts tuberculeux. En 1921, elle fait elle-même une réaction pleurale dont on a eu la confirmation radiologique. Elle a présenté depuis des bronchites à répétition, la dernière très marquée en octobre 1925 ; par la suite, la malade a continué à tousser très longtemps. En juillet 1926, la malade, qui est souvent oppressée et tousse constamment, commence à cracher et se sent de plus en plus fatiguée. Elle continue cependant son travail jusqu'en fin septembre. D'autre part, elle n'a pas présenté ses règles depuis deux mois.

Au mois d'octobre, s'apercevant qu'elle maigrit sans cesse, et ressentant une lassitude générale marquée, elle vient consulter au Centre de triage de l'Hôpital Saint-Antoine. Elle est à ce moment au quatrième mois d'une grossesse. L'examen montre alors une certaine atteinte de l'état général. La température est toutefois subnormale, mais il existe une dyspnée légère et une toux fréquente. Enfin, l'expectoration est bacillifère. Elle entre à la Clinique le 5 octobre. On perçoit à l'auscultation à gauche des

râles sous-crépitaunts, surtout nombreux au sommet. En outre, respiration rude. Le poumon droit paraît normal. L'examen radioscopique et radiographique confirme la présence de lésions du sommet gauche.

Devant ces signes cliniques et radiologiques, et tenant compte de l'état de gestation de la malade, le professeur Bezançon et le Docteur Braun décident d'instituer un pneumothorax gauche.

1^{re} insufflation le 2 nov. 1926 : —15 350 —10.

2^e insufflation le 5 nov. : —15 250 —10.

Les insufflations sont poursuivies d'abord 2 fois puis une fois par semaine.

Ainsi, 16 novembre : —10 450 —6.

le 23 novembre —15 400 —10

Dès la fin novembre, la radioscopie montre un très bon décollement. Les insufflations sont poursuivies régulièrement ; le diaphragme fonctionne normalement. 21 décembre : —15 400 —12.

Le pneumothorax a amené l'amélioration immédiate de l'état général et de l'état pulmonaire. La toux et l'expectoration ont disparu, il n'y a plus de température vespérale.

A partir du mois de janvier 1927, on poursuit les insufflations en restant aux alentours de 300 à 350 cm³, ainsi, le 8 mars : —12 350 —10.

le 15 mars : —12 350 —6.

Le 5 avril, la malade étant près du terme, on insuffle encore —2 300 —8. La malade à terme entre à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire) dans la soirée du 15 avril 1927. Le travail commence le 16 avril à 3 heures. Dilatation complète à 18 heures, dégagement en O.P. la malade accouche spontanément d'un garçon vivant pesant 2 kilos 900 à 19 heures. Délivrance naturelle et complète pesant 350 grs. à 19 heures 40.

Suites de couches à peu près normales, les cin-

quième, onzième et douzième jours seulement, la température s'élève à 37°8, ensuite tout revient à la normale.

Le dixième jour, la malade est réinsufflée à la Clinique Baudelocque : —12 400 —6.

L'enfant, bien portant, est envoyé en placement familial à la campagne, il est toujours très bien portant actuellement.

La malade sort de Baudelocque le seizième jour, elle revient le lendemain se faire insuffler au centre de triage : —12 350 —10. Les insufflations sont poursuivies régulièrement à Saint-Antoine tous les huit jours. Ainsi : 17 mai —12 30 —8. Le 24 mai, la radioscopie révèle la présence du côté du pneumothorax d'une bride homogène, on décide, en conséquence, de diminuer la quantité d'air injecté : —12 150 —8.

En fin mai, les règles réapparaissent. Au début du mois de juin, on peut augmenter la quantité d'air insufflée, ainsi le 7 juin : —15 300 —15 ; mais, dans les jours suivants, la température s'élève à 38°. La malade ressent une fatigue générale et accuse des points de côté marqués à la base gauche. La radioscopie révèle alors l'apparition d'une mince lame liquidienne. Le 17 juin, la radioscopie faite en oblique, montre deux lignes de niveau de liquide assez nettes superposées l'une au-dessus de l'autre. Au début du mois de juillet, on pratique une ponction qui ramène une petite quantité de liquide séro-fibrineux. Le 2 août, nouvelle ponction et insufflation : —12 100 —2.

Le 9 août, le liquide a complètement disparu, mais il n'y a plus de décollement visible, l'état général est très satisfaisant, bien que l'auscultation révèle quelques craquements aux deux sommets, la malade ne crache d'ailleurs pas. On décide d'envoyer la malade au Sanatorium.

Le 13 septembre, la radioscopie, montre la mo-

bilité du diaphragme gauche, mais on note un léger déplacement médiastinal. Le 27 septembre, la radioscopie montre une grisaille de tout le champ pulmonaire gauche, le diaphragme de ce côté fonctionne toujours normalement.

La malade part au Sanatorium, le 11 octobre 1927. A cette date, il y a un peu plus de deux mois que son pneumothorax a été arrêté. Il avait été poursuivi régulièrement pendant 9 mois. La malade quitte le Sanatorium, le 1^{er} décembre 1927, étant en parfait état, elle part de là faire une cure complémentaire au Glandier, elle y reste jusqu'au 22 juin 1928. A sa sortie, elle va encore se reposer deux mois dans sa famille à la campagne, elle reprend son travail de vendeuse à la fin du mois d'août 1928. En novembre 1928, très bon état général. La malade écrit régulièrement au centre de triage pour donner de ses nouvelles, car elle habite Bourges.

Au mois d'août 1930, la malade continue à bien se porter, et travaille régulièrement. Aux dernières nouvelles reçues en fin mars 1931, elle est toujours en très bon état général, quatre ans après l'accouchement survenu alors qu'elle était bacillaire. Le pneumothorax ici a donc donné un excellent résultat. L'enfant, d'autre part, est en parfaite santé.

Lésion lobaire tuberculeuse gauche à point de départ hilo-péri-scissural chez une femme enceinte. — Le pneumothorax pratiqué au cours de la gestation a permis à la malade de mener à bien sa grossesse. — Un an après l'accouchement, les insufflations sont poursuivies régulièrement. — Très bon état général.

OBSERVATION N° 4

Mme Mez. Suzanne, 22 ans.

La malade, mariée à 19 ans, en fin 1927, commence une grossesse en mai 1928. Depuis le début de sa gestation, elle présente constamment des vomissements incoercibles, parfois striés de sang. La malade entre en travail le 16 février 1929 et est transportée à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut (Service du Professeur Ag. Le Lorier). Le 17 février, à 7 heures, on fait une application de forceps et on extrait un garçon vivant pesant 3 kilogs 650 ; cet enfant se porte bien actuellement.

Mais depuis le début du mois de mai 1928, c'est-à-dire à peu près à l'époque du début de sa grossesse, la malade a commencé à tousser et à maigrir (7 kilos en 12 mois). En septembre 1929, son état continuant à décliner, elle se présente au Dispensaire Léon Bourgeois, (Hôpital Laënnec,) se plaignant de nombreux points de côté à gauche, d'une lassitude extrême, et s'inquiétant de son amaigrissement progressif. Elle est, en outre, à ce moment, au troisième mois d'une nouvelle grossesse. L'auscultation, à ce moment, montre la présence de râles bulleux dans tout le champ pulmonaire gauche, mais surtout nombreux en avant dans la région sous-claviculaire gauche. En outre, la percussion montre une zone de matité

au niveau du sommet gauche, à l'examen radioscopique, on constate au niveau du poumon gauche, une diminution de transparence non homogène du tiers supérieur du champ pulmonaire gauche. On note, en outre, sur ce poumon quelques taches bien nettes à la toux. Tout le champ pulmonaire présente enfin, des marbrures marquées particulièrement au niveau de l'angle pariéto-claviculaire. La malade entre le 2 octobre 1929 à l'Hôpital Laënnec dans le Service du Professeur Léon Bernard.

Le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet décident d'instituer un pneumothorax gauche. La première insufflation a lieu avec succès le 6 octobre 1929: —6 200 cm³ d'oxygène, 200 cm³ d'air —10.

La malade, dans les jours suivants, présente quelques poussées fébriles à 38°, mais elle augmente de poids et les insufflations s'effectuent convenablement. Ainsi, le 8 octobre : 400 cm³ ; 14 oct. : 500 ; 22 octobre : 500.

L'enfant de la malade avait été hospitalisé à la Crèche pendant son séjour à l'Hôpital.

La malade sort de l'Hôpital le 24 octobre 1929, et rentre chez elle avec son enfant qu'elle refuse de placer (son expectoration, à ce moment, n'est d'ailleurs pas bacillifère).

En novembre, la malade, enceinte de 4 mois, vient régulièrement se faire insuffler. Ainsi, 13 novembre : —16 500 —2. La radio, à ce moment, révèle un bon collapsus. Dès la fin novembre, la malade reprend du poids, elle continue cependant à tousser et à cracher. A partir de cette époque, comme on note la présence d'un peu de liquide, les insufflations sont poursuivies régulièrement aux environs de 350 cm³.

Comme, en Décembre, la malade présente à nouveau de fréquents vomissements (quelques-uns striés de sang) on diminue encore la quantité d'air in-

sufflée à chaque fois. Le collapsus reste toujours suffisant, ainsi le 26 décembre —8 125 + 4. En janvier on diminue encore, les insufflations ont lieu tous les 8 jours, mais on reste maintenant aux environs de 75 cm³. A ce moment, la malade est au 7^e mois de sa grossesse, son état est satisfaisant. Il reste toujours un peu de liquide à la partie inférieure. Insufflation du 26 février 1930 : —6 50 0. Le 12 mars, l'état général est toujours très satisfaisant, une insufflation a lieu ce jour-là : —6 50 0. A ce moment la malade est presque à terme.

Elle est transportée à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut (Service du Professeur Ag. Le Lorier), le 17 mars 1930, à une heure du matin. Elle rentre à la salle de travail à 8 heures 10, et accouche spontanément à 8 heures 15 (O.I.G.A. — O.P.) d'une fille vivante pesant 3 kilos. Délivrance naturelle et complète à 8 heures 40, poids 600 grs. Les suites de couches sont normales, la température n'a jamais, en effet, dépassé 37°6.

L'enfant, bien portant, est vacciné au B.C.G., séparé de la mère, il est confié au placement familial des tout petits.

Le pneumothorax est régulièrement poursuivi, ainsi le 2 avril : —4 50 0.

le 16 avril : — 50 + 6, mais à cette date le liquide remontant jusqu'aux 3/4 inférieur de la cavité pleurale, on décide de suspendre provisoirement les insufflations.

En juin, on insuffle 2 fois 25 cm³, comme dose d'entretien. Le 25 juin, le liquide remontant jusqu'à la clavicule, on retire par ponction 400 cm³, et on insuffle 300 cm³ d'air. En juillet, le liquide remonte lentement, le collapsus est toujours parfait ; l'état général est très satisfaisant, la malade ne tousse plus et ne crache plus.

Depuis cette époque, les insufflations sont poursuivies régulièrement tous les 8 jours, elles com-

portent à chaque fois une quantité d'air variant entre 50 et 75 cm³. Les pressions initiales et terminales étant respectivement voisines de —6 et de +10.

Le 7 janvier 1931, il y a toujours du liquide à la partie inférieure, une insufflation a lieu ce jour-là : —8 75 +10. En février, le liquide diminue, le collapsus est toujours parfait. En mars 1931, un an après l'accouchement, la malade, qui a engraisé de près de 5 kilos, est en excellent état général et travaille régulièrement. Ses enfants sont toujours en parfait état.

Tuberculose ulcéro-caséuse du lobe supérieur droit dont le début remonterait à la fin de l'année 1928.
— La malade vient consulter au cours d'une grossesse. — On pratique chez elle un pneumothorax artificiel qui lui permet de mener à bien sa gestation. — Un an après l'accouchement, les insufflations sont poursuivies régulièrement, l'état général est satisfaisant.

OBSERVATION N° 5

Mme Od. Henriette, 28 ans.

La malade, qui a commencé à tousser et à cracher en fin novembre 1928, a continué cependant à travailler. Ayant pas mal maigri et se sentant de plus en plus fatiguée, elle entre à l'Hôpital Tenon, Service du Docteur Ameuille, au mois d'août 1929.

A son entrée, la malade qui n'a plus ses règles depuis le mois de juin, est reconnue enceinte. A ce moment, elle tousse et crache beaucoup, son expectoration est d'ailleurs bacillifère ; enfin, elle présente le soir une température aux alentours de 38°.

Elle a, en outre, perdu 8 frères et sœurs, la plupart de méningite, très probablement tuberculeuse. Son mari tousse constamment, convoqué à l'Hôpital, il présente à la radioscopie un voile prononcé au niveau du poumon gauche.

La grossesse actuelle est la cinquième, la malade en effet, a déjà été 4 fois enceinte, et, a chaque fois, mené à bonne fin ses gestations. Le premier seul, de ses enfants, survit, âgé de 7 ans, il est bien portant, les 3 autres sont morts de méningite tuberculeuse.

La malade reste à Tenon, en septembre et octobre 1929, ayant fait une pleurésie au début de son

séjour. Elle sort sur sa demande en fin octobre 1929 ; mais le 5 février 1930, elle revient à l'Hôpital : depuis quelques semaines, elle tousse et crache en effet davantage, elle a beaucoup maigri et son état général est beaucoup plus atteint que lors de son premier séjour.

L'auscultation révèle alors la présence de nombreux râles humides au sommet droit. La radioscopie et la radiographie montrent qu'il existe d'ailleurs de nombreuses taches et marbrures à ce niveau.

On pose le diagnostic de tuberculose ulcéreuse évolutive du lobe supérieur droit.

Devant l'atteinte marquée de l'état général, étant donné l'état de gestation de la malade et l'unilatéralité manifeste des lésions, le Docteur Ameuille décide d'instituer un pneumothorax artificiel droit.

1^{re} insufflation, 10 février 1930 —2 200 oxyg.
200 air + 6.

2^e insufflation, 12 fév. : —3 275 + 13.

3^e insufflation, 14 fév. : —2 225 + 23.

Les insufflations sont poursuivies régulièrement, ainsi le 25 février : —1 900 + 23.

le 14 mars : 0 950 + 27.

la malade est près du terme de sa grossesse. On insuffle encore le 19 mars : +1 1200 + 25.

le 5 avril : —1 1000 + 13.

La malade entre en travail le 9 avril 1930 ; elle est transportée à la Maternité de l'Hôpital Tenon (Service du Professeur Ag. Ecalles), où après une application de forceps elle met au monde un garçon vivant pesant 2 kilos 300, mais cet enfant, qui présente des malformations multiples, ne survit que quelques minutes (absence de diaphragme à gauche, le lobe gauche du foie très développé remontait, en effet, jusqu'à l'extrême sommet du thorax).

Les suites de couches furent normales, la malade continue à être suivie à Tenon et vient se faire insuffler régulièrement. Actuellement, un an après l'accouchement, son état général est satisfaisant, elle a repris son existence habituelle.

Tuberculose excavée du lobe supérieur droit chez une femme enceinte, chez laquelle le pneumothorax a permis l'évolution normale de la grossesse. — Deux ans et demi après, les insufflations sont poursuivies régulièrement. — L'état général est très satisfaisant.

OBSERVATION N° 6

Mme Mal. Lydie, 26 ans.

Jusqu'au milieu de l'année 1920, époque de son mariage, la malade a vécu en contact avec son frère atteint de tuberculose pulmonaire décédé en octobre 1920.

En 1922 et 1924, la malade a mené à terme 2 grossesses bien supportées, et a accouché naturellement. Un enfant est bien portant actuellement, l'autre est mort de broncho-pneumonie.

En outre, elle fit, en 1925, une fausse couche de deux mois. A la fin de l'année 1925, la malade commence à se sentir très fatiguée, tousse, crache et maigrit ; elle vient consulter dans le courant du mois de mars, à l'Hôpital Boucicaut (Service du Docteur Courcoux).

On porte alors le diagnostic de lésion évolutive à tendance ulcéro-caséuse du sommet droit, ce diagnostic est d'ailleurs confirmé par la radiographie qui montre des marbrures développées dans tout le poumon droit, et met en évidence, un peu en dessous du sommet, un foyer d'ombres accusées présentant en son centre, une image claire d'aspect très probablement spéléonquaire. On ne voit à gauche que quelques taches para-hilaires.

Devant les symptômes graves présentés par la malade, on l'hospitalise à Boucicaut, le 3 avril 1928,

afin d'instituer sans tarder, un pneumothorax artificiel droit, elle est d'ailleurs, en outre, à ce moment, enceinte de 2 mois. La première insufflation a lieu le 6 avril 1928 : 200 cm³ oxyg. 200 cm³ d'air,

2° insufflation, 8 avril : —4 425 —2.

3° insufflation, 11 avril : —4 500 —2.

Dès les premières insufflations, on a obtenu un très bon décollement. L'état général s'est considérablement amélioré, la toux et l'expectoration diminuent et, par la suite, disparaissent. La malade augmente de poids. Les insufflations sont poursuivies aux alentours de 550 cm³ ; mais en juin se produit une réaction liquidienne fébrile, en conséquence, on diminue la quantité d'air insufflée à chaque fois. L'état général s'améliore très rapidement et, le 25 juin, la malade, en très bon état, sort de Boucicaut et entre à Brévannes où les insufflations sont poursuivies régulièrement, la quantité d'air, à chaque fois, étant d'environ 200 cm³ ; ainsi, le 23 août : —8 250 —2.

En fin septembre, le liquide remontant à nouveau, on ponctionne et on suspend provisoirement les insufflations d'autre part, la malade est près du terme de sa grossesse qui est bien supportée. Le 22 octobre 1928, à la fin de la matinée, le travail commence, la malade entre à 8 heures 30 à la salle de travail de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut (Service du Professeur Ag. Le Lorier). (O.I.G.A.-O. P.). Elle accouche spontanément d'un garçon vivant pesant 3 kilos 050, à 8 heures 40. Délivrance naturelle et complète à 9 heures 20, poids 600 grs.

Le surlendemain, l'examen des crachats révèle encore la présence de nombreux B.K. Suites de couches à peu près normales sauf 37°8, le septième et le huitième jour.

L'enfant, vacciné au B.C.G., est séparé dès sa

naissance, envoyé en placement à la campagne il se porte actuellement toujours bien.

Peu après la sortie de la Maternité et le retour dans le Service, le liquide dépasse à nouveau la clavicule. Par ponction, le 9 novembre, on retire 400 cm³ de liquide et on injecte la même quantité d'air. Par la suite, le liquide remonte encore plusieurs fois, ainsi le 8 mars, on retire par ponction 100 cm³, et on injecte la même quantité d'air.

On fait encore quelques insufflations aux environs de 100 cm³ jusqu'au mois de juillet 1929, et le liquide remontant, on fait par la suite de nouvelles ponctions. D'autre part, depuis la sortie de la Maternité, on fait des injections intra-pleurales d'antigène. En novembre 1929, le niveau du liquide baisse, la malade se sent beaucoup mieux, elle sort de l'Hôpital. Elle reprend son travail le 3 décembre 1929 (elle travaille 10 heures par jour).

Par la suite, la malade revient régulièrement au centre de triage; comme il reste un peu de liquide, on poursuit les injections intro-pleurales d'antigène. Par la suite, le niveau du liquide baisse, on continue les insufflations tous les 10 ou 15 jours, en restant aux alentours de 100 cm³ à chaque fois, on continue en même temps les injections intra-pleurales d'antigène, ainsi, 21 février 1930 :

—2 100 + 12.
30 mai 1930 : —5 100 + 7.

(chaque fois, en outre, injection de 1 cm³ d'antigène).

Il reste un peu de liquide purulent à la partie toute inférieure jusqu'en octobre 1930.

A cette date, toute trace de liquide a disparu. D'ailleurs, depuis le mois de juin, en même temps que les injections intra-pleurales d'antigène, sont poursuivies dans les mêmes conditions, on a continué les insufflations en augmentant progressivement les quantités d'air injectées à chaque fois, ainsi,

31 juillet : —2 200 +4.

16 août : 0 300 +4.

Par la suite, la compression obtenue étant suffisante, on reste aux alentours de 150 cm³. La malade augmente régulièrement de poids, ainsi 21 novembre : —4 150 +11, l'état général est très satisfaisant ; 5 décembre —4 150 +7.

2 février 1931 : —4 100 +7.

Le collapsus est toujours parfait, il n'y a plus trace de liquide, les insufflations sont poursuivies régulièrement. La malade continue à travailler normalement et se porte fort bien actuellement.

Tuberculose pulmonaire excavée du lobe supérieur droit chez une femme enceinte chez laquelle le pneumothorax a permis l'évolution normale de la grossesse. — Cependant, cinq ans après l'accouchement, les signes de bilatéralisation commandent l'institution d'un second pneumothorax. — Six ans après, les deux collapsus sont entretenus régulièrement. — Conservation relative de l'état général.

OBSERVATION N° 7

Mme Mah. Edith, 28 ans.

La malade, réglée régulièrement à l'âge de 15 ans, a présenté à 18 ans un état d'anémie marqué pendant lequel, elle présenta un amaigrissement notable et n'eut pas de règles pendant 8 mois. Elle se rétablit cependant peu à peu et se marie à 20 ans.

Enceinte pour la première fois, elle accouche à terme spontanément le 31 octobre 1921 d'un enfant pesant 3 kilos 250 qui meurt à un an de méningite tuberculeuse.

Trois mois après cet accouchement, début février 1922, elle commence une seconde grossesse, celle-ci trop rapprochée de la première, est mal supportée, la malade se porte toutefois bien jusqu'au mois d'août suivant. À partir de cette époque, elle se met à tousser et à cracher, se sent très fatiguée et maigrit beaucoup, elle mène cependant à bien sa grossesse et accouche spontanément, le 2 octobre 1922, d'un garçon vivant pesant 3 kilos 500, qu'elle allaite pendant 3 mois.

Après les suites de couches à peu près normales, la malade reprend son travail et son état général laisse fort à désirer. Six mois après (mars 1923), la malade se sent de plus en plus fatiguée, son amaigrissement s'accroît, elle tousse et crache constam-

ment et présente enfin une élévation de température chaque soir. Elle doit cesser son travail, mais s'occupe encore de ses enfants, ce qui la fatigue beaucoup.

La mort de l'aîné qui survient à cette époque l'affecte beaucoup. La malade part un mois à la campagne, son état s'améliore un peu ; mais à son retour, son second enfant tombe malade et meurt ; ce nouveau choc moral augmente encore l'extrême asthénie de la malade qui, d'ailleurs, à ce moment, commence une troisième grossesse (dernières règles : 24 mars 1923).

Dès cette époque, l'état général de la malade décline considérablement, elle se décide à consulter un médecin qui décèle la présence d'une bacillose pulmonaire avec lésion évolutive fibro-caséuse du sommet droit ; devant la gravité de son état, il l'envoie à l'Hôpital Laënnec où elle rentre le 11 mai 1923. A son entrée, l'auscultation révèle la présence d'une caverne d'assez grande dimension à la partie supérieure du lobe supérieur droit. Les examens radiographiques et radioscopiques montrent d'ailleurs nettement cette profonde cavité.

D'autre part, la malade a maigri de 7 kilos en six mois et l'on trouve de nombreux bacilles dans ses crachats. En présence de cet ensemble de faits, le Docteur Ameuille décide d'instituer un pneumothorax artificiel droit, il pratique la première insufflation le 12 mai 1923. Dès ce jour, le décollement s'amorce, il se complète d'ailleurs dans la nuit. Les insufflations sont poursuivies régulièrement. Le 20 mai, on se trouve en présence d'un bon collapsus, sans brides et sans liquide, la température est revenue à la normale, l'expectoration a considérablement diminué. En juin, on poursuit régulièrement les insufflations chaque semaine ; la malade est alors au troisième mois de sa grossesse qu'elle supporte bien.

Très sensiblement améliorée, elle part au Sanatorium de la Tuyolle, le 28 août 1923, et y reste près de 4 mois. Les insufflations y sont régulièrement poursuivies.

Dès le mois de novembre, la malade se sent beaucoup mieux, et son état continue à s'améliorer en décembre. Elle est alors presque à terme, elle entre le 1^{er} janvier 1924, à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire) et accouche spontanément ce même jour, sans incident, d'une fille vivante pesant 3 kilos 800. Quarante minutes après l'accouchement, délivrance naturelle et complète, poids 380 grs.

La malade n'a eu pendant le travail et pendant l'accouchement, ni dyspnée, ni cyanose. Elle n'a eu aucune gêne respiratoire dans les jours qui suivent l'accouchement.

Les suites de couches sont normales, mais l'examen de l'expectoration, peu abondante d'ailleurs, révèle encore la présence de B. K.

La malade est réinsufflée à la Maternité le 17 janvier 1924 (350 cm³). Après la sortie de Baudelocque, la malade retourne régulièrement se faire insuffler à l'Hôpital Laënnec.

Pendant les années 1924 et 1925 et pendant les premiers mois de 1926, les insufflations y sont poursuivies régulièrement, ainsi 25 mars 1926 : —3 750 + 5. — 8 avril 1926 : —10 900 + 5.

20 mai 1926 : —7 425 + 12.

A partir du mois de juin 1926, jusqu'en décembre de la même année, les insufflations sont poursuivies régulièrement tous les 15 jours environ. La quantité d'air insufflée varie entre 350 et 450 cm³ (ainsi 2 décembre 1926 : —4 400 + 16). Le 14 janvier 1927, on insuffle encore : —5 600 + 17. A ce moment, la malade pèse 45 kilos, et comme on a obtenu alors une bonne compression, on décide de suspendre provisoirement les insufflations, d'autant

plus qu'il n'y a plus à droite de lésion en activité que l'on commence à soupçonner à gauche une lésion en voie de ramollissement.

Cependant, comme la compression persiste à droite, en février, et que l'état général ne paraît pas touché, on décide d'attendre encore avant de créer un pneumothorax gauche. Les insufflations sont poursuivies à droite comme par le passé, mais on augmente sensiblement les quantités d'air à chaque insufflation ; ainsi, 9 février 1928 : —16 700 +6. A ce moment la malade pèse encore 45 kilos.

A partir du début de l'année 1929, bien que le traitement soit poursuivi comme par le passé, la malade recommence à maigrir (25 avril 1929 : —20 700 +11, la malade pèse 43 kilos 300 et son expectoration est à nouveau bacillifère) ; (22 août 1929 : —23 500 +9, la malade pèse 42 kilos 500 et son expectoration est toujours bacillifère). Au mois d'octobre 1929, la malade ne pèse plus que 41 kilos, devant le fléchissement de l'état général, l'extension des lésions gauches et la persistance des bacilles dans les crachats, le Docteur Ameuille décide d'instituer un pneumothorax gauche et de suspendre provisoirement les insufflations à droite. Le 21 novembre 1929, première insufflation à gauche : 400 cm³ —2. Le 23 novembre, deuxième insufflation à gauche : —5 325 —1. Le 9 décembre, sixième insufflation à gauche —7 600 —1. Le 25 décembre, dixième insufflation à gauche : —6 600 —+2.

Le poids reste stationnaire aux environ de 41 kilos, à partir de janvier 1930, on décide de rétablir les insufflations du côté droit. Le double pneumothorax est poursuivi régulièrement en alternant les insufflations. On insuffle une semaine le côté droit, ainsi 2 janvier 1930, à droite : —18 375 —1, la semaine suivante, on insuffle le côté gauche, ainsi le 9 janvier 1930, à gauche : —9 700 —1. Les in-

sufflations sont poursuivies à cette cadence pendant l'année 1930, ainsi 17 avril à gauche : —4 800 + 7 ; à droite le 27 avril : —9 500 + 10. A ce moment, la malade pèse 37 kilos. 11 juillet, à gauche : —7 900 + 4. 17 juillet, à droite : —7 500 + 8. A ce moment, la malade pèse 35 kilos 200. 21 septembre, à gauche : —10 400 + 6. 28 septembre à droite : —7 600 + 4. A ce moment, la malade pèse 35 kilos 400.

Le traitement est poursuivi par la suite, actuellement sept ans après l'accouchement, malgré la gravité des lésions, au moment de la grossesse, l'état général est encore relativement conservé.

L'enfant séparé de la mère dès la naissance et vacciné au B.C.G., fut envoyé en placement à la campagne, où il se trouve, encore actuellement, en fort bon état.

Tuberculose fibro-caséuse évolutive, avec ulcération du sommet droit, chez une femme enceinte. — Le pneumothorax pratiqué au sixième mois de la grossesse amène une amélioration considérable de l'état général. — L'accouchement naturel à terme ne produit aucune action défavorable. — Actuellement, deux ans et demi après l'accouchement, la malade est en parfait état général.

OBSERVATION N° 8

Mme Col. Lucie, 30 ans.

La malade, qui avait déjà perdu son père d'une affection pulmonaire, a vécu jusqu'à son mariage avec un frère atteint de tuberculose pulmonaire décédé quelques mois après. Mariée en 1921, elle commence une grossesse et accouche normalement d'une fille âgée actuellement de 9 ans et bien portante.

A la fin de l'année 1927, la malade se met à tousser et à cracher. Au début de l'année 1928, elle s'aperçoit qu'elle maigrit progressivement ; d'autre part, en mars, elle commence une seconde grossesse et, à partir de mai, elle présente une température vespérale aux alentours de 38°. Très fatiguée, elle entre à l'Hôpital Boucicaut (Service du Docteur Courcoux), le 20 juin 1928.

A son entrée, on entend des râles humides au niveau du sommet droit, râles entourant un foyer soufflant ; l'examen radiographique et radioscopique vient confirmer les résultats de l'auscultation, en montrant un foyer d'excavation à la partie moyenne du lobe supérieur droit.

En outre, l'expectoration est bacillifère.

En présence de l'ensemble de ces signes, le Doc-

teur Courcoux décide d'instituer un pneumothorax artificiel droit.

La première insufflation a lieu le 30 juin 1928. Dès le début, on obtient un bon décollement. L'état général de la malade s'améliore très sensiblement et sa grossesse se poursuit normalement. Le 14 juillet 1928, se produit une réaction thermique marquée. On pratique quelques injections intra-pleurales d'antigène. Le 25 août, on ôte par ponction évacuatrice 750 cm³ d'un liquide citrin un peu louche.

Par la suite, aucune autre ponction évacuatrice n'a été nécessaire.

Le pneumothorax réalise une compression par-faite, seule une petite quantité de liquide subsiste dans le cul-de-sac (Docteur Courcoux).

Le 29 septembre, la malade ressent les premières douleurs, elle est transportée à la Maternité attenante dans le Service du Professeur Ag. Le Lorier (présentation O. I. G. A.), elle accouche spontanément à 22 heures 40, d'une fille vivante pesant 2 kilos 900. A 23 heures 20, délivrance naturelle et complète, poids 550 grs. Suites de couches normales sans température.

Comme l'a fait remarquer le Docteur Courcoux :
« L'accouchement semble n'avoir eu aucune influen-
« ce défavorable sur la marche de la maladie, en
« particulier le liquide est resté stationnaire, et l'état
« général demeure excellent. »

L'enfant fut vacciné au B.C.G. et séparé de la mère.

Les insufflations sont poursuivies régulièrement au centre de triage de l'Hôpital Boucicaud.

Six mois plus tard, en mars 1929, la malade fait une nouvelle poussée liquidienne. On retire par ponction, le 25 mars, 720 cm³ de liquide un peu louche.

Le liquide ne se reproduit pas par la suite. La malade part en cure sanatoriale à la Tuyolle, le 21

mai 1929 ; elle y reste jusqu'au 30 novembre. En fin décembre, elle revient au Centre de triage de l'Hôpital Boucicaut ; à ce moment, le collapsus est toujours parfait, la malade pèse 60 kilos.

Pendant l'année 1930, la malade continue à venir régulièrement se faire insuffler au centre de triage où elle est suivie par le Docteur Bidermann, de même pendant les premiers mois de 1931. Actuellement, la malade est toujours en parfait état et mène une existence normale.

L'enfant, âgé de près de trois ans, se porte bien actuellement.

Tuberculose fibro-caséuse du sommet droit chez une femme enceinte, chez laquelle le pneumothorax a permis l'évolution normale de la grossesse. — Trois mois après l'accouchement, la malade est en très bon état général.

OBSERVATION N° 9

Mme VI. Joséphine, 31 ans.

La malade qui, depuis son plus jeune âge, a toujours toussé la nuit, a déjà dans son enfance présenté des signes de bronchite chronique. En 1919, la malade fut hospitalisée pendant quelques mois à l'Hôpital Laënnec pour une lésion du sommet gauche. Par la suite, la malade, qui semblait rétablie, fit six grossesses successives, de 1920 à 1926 (3 à terme et 3 avortements).

La malade qui se considérait comme guérie, n'avait par la suite plus jamais fait d'épisode aigu jusqu'au mois de mai 1930. A ce moment, la malade, qui pensait être enceinte, n'ayant pas présenté ses règles le mois précédent, se remet à tousser et à cracher.

Au début du mois de juin, la toux et l'expectoration augmentent, la malade, qui n'a plus aucun appétit, remarque qu'elle maigrit considérablement. En outre, elle présente de la température chaque soir. Elle vient consulter à l'Hôpital Tenon, Service du Docteur Ameuille, et y est admise le 27 juin 1930, son expectoration à ce moment est bacillifère.

A l'interrogatoire, la malade reconnaît que son mari tousse et crache également beaucoup ; leurs trois enfants sont cependant bien portants.

A l'entrée, la malade présente à droite, des signes de condensation pulmonaire marqués. La ra-

diographie montre d'ailleurs, une diminution de transparence non homogène du tiers supérieur du champ pulmonaire droit. Le Docteur Ameuille décide d'instituer un pneumothorax droit.

1^{re} insufflation, le 1^{er} juin 1930 : —8 200 oxy.
400 air —1.

2^e insufflation, le 30 juin 1930 : —4 600 +3.

3^e insufflation, le 5 juillet : —4 700 +6.

Les insufflations sont ensuite poursuivies régulièrement ; d'abord deux fois, puis une fois par semaine. Ainsi, le 10 juillet : —4 725 +7.

le 2 août : —3 600 +5.

A cette date, la malade pèse 38 kilos 800.

Le 29 août : —3 400 +2.

En septembre, malgré un collapsus satisfaisant, on note cependant toujours la présence de bacilles dans l'expectoration.

Les insufflations sont poursuivies, mais d'une façon plus espacée, ainsi 2 octobre : —2 300 +15.

7 novembre : —3 300 +12.

En fin novembre, on associe l'aurothérapie à la collapsothérapie. Les insufflations sont poursuivies une fois par mois. Elles sont en moyenne de 250 cm³ d'air ; ainsi, 17 décembre : —10 250 +10.

13 janvier 1931 : —10 200 +10.

Dès la fin de l'année 1930, les deux médications associées ont eu un heureux effet, la malade se sent beaucoup mieux et a augmenté de poids, elle pèse à ce moment 41 kilos 400.

En fin janvier, la malade est près du terme, on insuffle encore le 28 janvier : —10 100 +10. La malade est envoyée à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), le 1^{er} février 1931.

Elle entre en travail le 12 février à trois heures de l'après-midi (O. I. G. A. dilatation complète à 19 h. 30, dégagement en O.P.). Elle accouche spontanément à 20 heures d'un garçon vivant pesant 2 kilos 880 ; délivrance naturelle et complète à 22

heures, poids 460 grs. Suites de couches à peu près normales, à part 4 élévations de température de 38°, les 15°, 19°, 21° et 25° jours. Le 12° jour, la malade est réinsufflée à la Maternité (200 cm³) ; le 28° jour, la malade retourne à Tenon où ses insufflations sont régulièrement poursuivies, actuellement trois mois après l'accouchement, son état général est très satisfaisant.

L'enfant, envoyé en placement familial, est en bonne santé.

Tuberculose à évolution rapide, pendant laquelle commence une grossesse, chez une malade de race noire supportant mal le climat de Paris. — Grâce au pneumothorax, la malade mène à terme sa grossesse. — Six mois après, devant une poussée de bilatéralisation, on décide d'arrêter les insufflations. — 18 mois après, l'état de la malade est encore assez précaire, elle mène cependant à bien une seconde grossesse et accouche normalement. — Il semble que la compression réalisée par cette seconde grossesse ait eu un effet favorable. L'état de la malade s'améliore, en effet, par la suite.

OBSERVATION N° 10

Mme Dan. Joséphine, 22 ans.

La malade, de race noire, originaire de la Martinique, mariée à 20 ans, a fait une première grossesse peu de temps après son mariage, et a accouché normalement en mai 1926. Son enfant meurt à l'âge de 1 an d'une broncho-pneumonie, la malade en est profondément affectée, et comme, d'autre part, elle supporte mal le climat de Paris, elle se sent très asthénisée et déprimée à partir du mois de juin 1927.

En juillet, la malade tousse et crache, en outre, elle s'aperçoit qu'elle maigrit de plus en plus. Au mois d'août 1927, son état ne s'améliorant pas, elle va consulter à l'Hôpital Necker, l'examen révèle alors à gauche, la présence d'un voile du sommet, en outre, les 2/3 supérieur du poumon gauche ont un aspect marbré, le tiers inférieur est grisâtre, la base elle-même reste cependant claire et le diaphragme fonctionne.

A droite, le poumon paraît normal, il existe simplement une très légère ombre au niveau du mé-

diastin ; l'auscultation qui révèle en outre de nombreux craquements à gauche confirme l'aspect radiologique. Enfin, l'expectoration est bacillifère.

D'autre part, l'état général de la malade paraît assez profondément atteint. Elle se plaint d'une lassitude extrême, accuse de nombreux points de côté et est extrêmement amaigri. Il faut ajouter qu'à ce moment-là, la malade, qui n'a pas présenté ses règles le mois précédent, semble au début d'une grossesse. Devant l'ensemble de ces faits, on décide d'instituer un pneumothorax gauche. La première insufflation a lieu avec succès le 8 août 1927. Les insufflations sont poursuivies régulièrement tous les 8 jours. Le collapsus se révèle efficace ; l'état de la malade est très satisfaisant.

En décembre 1927, la malade est enceinte de 6 mois et demi, elle vient consulter à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut, Service du Professeur Ag. Le Lorier. A ce moment, elle est en état satisfaisant tant au point de vue pulmonaire qu'obstétrical.

Le 23 février 1928, à 14 heures, la malade ressent les premières douleurs, elle entre à la Maternité de Boucicaut, à 14 heures 30 (présentation O.I.G.A.).

Pour éviter une fatigue maternelle, on fait une application de forceps, et à 21 heures 45, on extrait un garçon vivant pesant 2 kilos 970 ; délivrance naturelle et complète à 22 heures 15, poids 540 grs.

L'enfant séparé de la mère dès sa naissance, est vacciné au B.C.G. et envoyé en placement familial à la campagne.

Les suites de couches sont fébriles, température aux environs de 38° jusqu'au huitième jour.

Le seizième jour, la malade fait une hémorragie de moyenne abondance (hypophyse, injections intravaginales chaudes). La malade quitte l'Hôpital le 28^e jour, ayant eu un demi-centimètre cube d'hy-

pophyse matin et soir pendant cinq jours. A partir de cette date (22 mars 1928), les insufflations sont poursuivies à l'Hôpital Necker.

La malade vient ensuite se faire insuffler à l'Hôpital Boucicaut (Service du Docteur Courcoux). En septembre 1928, d'importants signes de bilatéralisation apparaissent, on décide, en conséquence, d'arrêter le pneumothorax. La malade continue à être suivie régulièrement au centre de triage.

En février 1929, la malade, qui a présenté ses règles pour la dernière fois le 16 décembre, est reconnue enceinte. Au mois de mars, les signes de bilatéralisation sont toujours nets, on institue un traitement aurothérapique, l'expectoration est toujours bacillifère.

En mai et juin, l'auscultation révèle la présence de râles humides au niveau des deux tiers inférieurs du poumon gauche, cependant le traitement aurothérapique allié au repos, a permis à la malade d'engraisser de deux kilos en 2 mois. Son état général s'est très sensiblement amélioré et sa grossesse est bien supportée.

Dans le courant du mois d'août, l'état de la malade continue à s'améliorer ; sa grossesse évolue normalement.

La malade entre, le 4 septembre 1929, à 6 heures, à la Clinique Baudelocque, Service du Professeur Couvelaire ; elle accouche spontanément à 8 heures 15, d'un garçon vivant pesant 2 kilos 830 ; à 8 heures 40, délivrance naturelle et complète, poids 520 grs. Suites de couches normales. L'enfant est vacciné au B.C.G.

La malade rentre chez elle avec son enfant le 18 septembre 1929, en bon état général, il semble qu'il y ait un arrêt de l'évolution des lésions droites,

on note, en effet, simplement alors à l'auscultation, une respiration rude. Il semble que, dans ce cas, la grossesse ait eu un heureux effet.

La malade, revue plusieurs fois au cours de l'année 1930, se trouve être en état satisfaisant.

Aux dernières nouvelles reçues récemment de ses enfants, ils étaient tous deux fort bien portants.

Cortico-pleurite bacillaire à tendance rapidement évolutive chez une femme enceinte. — L'institution d'un pneumothorax artificiel a permis à la malade de mener à bien sa grossesse et d'accoucher normalement. — Deux ans après, alors que la collapsothérapie est régulièrement poursuivie, la malade commence une seconde gestation. — Cette nouvelle grossesse, ainsi que l'accouchement, sont parfaitement supportés par la malade, dont l'état général n'est aucunement modifié. — Près de trois ans après le premier accouchement, quatre mois après le second, la malade, en parfait état, continue régulièrement son traitement tout en menant une vie normale.

OBSERVATION N° 11

Mme Luc. Léontine, 26 ans.

La malade a perdu un oncle de tuberculose pulmonaire, avec lequel elle vivait; à l'âge de 8 ans, elle a eu un abcès froid sus-claviculaire, dont elle porte encore la cicatrice.

Elle vient à Paris, à l'âge de 18 ans, et à 20 ans, commence une grossesse (dernières règles fin juillet 1925) au cours de laquelle se manifestent des phénomènes d'imprégnation bacillaire (amaigrissement, toux, fatigue générale). La malade mène cependant à bien sa grossesse et accouche le 4 mai 1926, à la Maternité de la Pitié, Service du Professeur Jeannin (application de forceps, anesthésie), d'un garçon vivant pesant 2 kilos 400.

Le 15 mai 1926, la malade sort de la Maternité et rentre chez elle avec son enfant, les mauvaises conditions matérielles dans lesquelles, elle se trouve, accentuent encore sa fatigue générale, elle ressent

bientôt des points de côté aux deux bases qui gênent souvent sa respiration ; elle commence à tousser et à cracher beaucoup, fait chaque soir de la température et maigrit de 4 kilos en 3 mois. Son expectoration examinée au Dispensaire de son quartier contient d'assez nombreux B. K., comme en outre, l'auscultation montre l'existence de lésions évolutives, la malade est dirigée sur l'Hôpital Laënnec où l'on sépare immédiatement l'enfant.

Après un séjour de deux mois à l'Hôpital, la malade, un peu améliorée, part six mois dans sa famille. Peu après son retour, en mars 1927, l'enfant évidemment séparé trop tard de la mère, meurt à l'Hôpital des Enfants Malades.

En mai 1927, la malade reprend son travail, mais à partir de juillet, elle recommence à tousser et à cracher. Après une bronchite, la malade est prise au début d'octobre, d'un point de côté droit intolérable, elle tousse beaucoup et crache abondamment. Un médecin consulté constate la présence d'une pleurésie droite évoluant lentement.

D'autre part, à ce moment, la malade qui a présenté ses règles pour la dernière fois le 12 août, pense être de nouveau enceinte. Fatiguée, asthénisée, la malade vient consulter au Dispensaire Léon Bourgeois, en fin octobre. A ce moment, l'expectoration est toujours bacillifère et l'auscultation montre au niveau de la partie moyenne du poumon droit, un foyer de gros râles sous-crépitants entourant une zone de respiration soufflante. D'autre part, la percussion montre une large zone de matité franche à la base, la radiologie met enfin en évidence la présence, au niveau de la moitié inférieure du champ pulmonaire droit, d'une zone d'ombre oblique en bas et à droite qui aboutit au cul-de-sac costo-diaphragmatique latéral, dans cette zone d'ombre, on voit des taches arrondies qui s'éclairent à la toux. De profil, cette zone d'ombre triangulaire oblique en

bas et à droite, correspond à° un foyer d'ombre, flanquant la paroi postérieure du thorax et descendant dans le sinus costo-diaphragmatique postérieur; le champ pulmonaire gauche est radioscopiquement normal.

Le Professeur Léon Bernard, pose le diagnostic de cortico-pleurite de la base droite avec fausse spélonque droite. Devant l'unilatéralité radioscopique et stéthoscopique de cette tuberculose fibreuse, le Docteur Triboulet, en accord avec le professeur Léon Bernard, décide d'instituer un pneumothorax artificiel droit, dont la première insufflation a lieu le 21 novembre 1927. A ce moment, la malade pèse 45 kilos 800, le pneumothorax se montre immédiatement efficace, la toux et l'expectoration diminuent très sensiblement, les insufflations sont poursuivies régulièrement, on obtient rapidement un bon décollement.

Les insufflations ont lieu tous les 8 jours, elles sont d'environ 500 cm³ à chaque fois. Le 31 janvier 1928 au bout de 2 mois de traitement, la malade a déjà engraisé de près de 7 kilos, elle pèse 52 kilos 500. Le 11 avril, la malade est au 7^e mois de sa grossesse parfaitement supportée. Le 10 juin, la malade est à terme, elle pèse 59 kilos 500, ayant gagné 15 kilos environ depuis 7 mois. Elle est envoyée à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), et accouche spontanément le 11 juin 1928, à 16 heures 30, d'un garçon vivant, pesant 3 kilos 640. La malade n'a pas eu la moindre gêne respiratoire au cours des efforts du travail et de l'accouchement. Délivrance naturelle et complète, poids 600 grs. Suites de couches normales sans température. L'enfant meurt de broncho-pneumonie un mois après, le 12 juillet.

La malade revient se faire insuffler tous les 10 jours à l'Hôpital Laënnec,

ainsi, le 15 juillet 1928 : —8 400 —5

le 17 octobre : —8 400 —4

le 5 décembre : —8 550 —7

Dès la fin décembre, le moignon pulmonaire commence à s'éclaircir, les insufflations sont poursuivies sans incidents dans les mêmes conditions pendant toute l'année 1929, et le début de l'année 1930, elles ont lieu tous les 15 jours,

ainsi, 13 mars 1929 : —10 400 —5

le 2 juillet : —8 350 —4

le 6 novembre : —12 300 —4

le 8 décembre : —10 350 0

A partir du début de l'année 1930, la malade, qui a changé de quartier, vient se faire insuffler au centre de triage de l'Hôpital Saint-Antoine, où ses insufflations sont régulièrement poursuivies,

ainsi, le 12 mars 1930 : —10 400 0

le 14 mai : —10 400 —2

A cette époque, la malade, qui a présenté ses dernières règles le 15 mars 1930, est au deuxième mois d'une nouvelle grossesse qui est parfaitement bien supportée. Le traitement est poursuivi tous les 15 jours, comme par le passé,

ainsi, le 9 juillet 1930 : —10 400 —3

le 22 octobre : —13 350 —4

A ce moment, la malade est au 7^e mois de sa grossesse, elle n'en éprouve aucune fatigue et mène une vie normale ; comme le décollement est toujours complet sur toute la hauteur, on diminue la quantité d'air insufflée à chaque fois,

ainsi, 13 novembre 1930 : —12 150 —2

9 décembre : —18 150 —2

Le collapsus est toujours parfait, la malade approche du terme de sa grossesse, l'état pulmonaire et l'état général sont toujours parfaits.

Cependant, pour éviter que la malade ne se fa-

tigue en venant se faire insuffler, elle entre le 10 décembre dans le Service du Professeur Bezançon. Nous insufflons une dernière fois, le 19 décembre 1930 : —16 150 —14.

Le 23 décembre, à 22 heures, la malade est prise des premières douleurs, elle est transportée immédiatement à la salle de travail de la Maternité de Saint-Antoine (Service du Professeur Ag. Lévy-Solal), et accouche spontanément à 23 heures 15 d'une fille vivante pesant 3 kilos 400, qui est immédiatement vaccinée au B. C. G. et séparée de sa mère. Délivrance naturelle et complète à 24 heures, poids 620 grs. Le 26 décembre, la malade est réinsufflée par nous-mêmes : —14 250 —8. Les suites de couches sont normales.

Le 4 janvier 1931, nous réinsufflons à nouveau la malade à la Maternité : —13 300 —3. La malade sort de la Maternité le 12 janvier en parfait état et revient ensuite se faire insuffler régulièrement au centre de triage, ainsi le 13 janv. 1931 : —12 350 —2.

Depuis, la malade, qui a repris son existence normale, vient régulièrement se faire insuffler.

Au 15 avril, 4 mois après l'accouchement, elle est toujours en excellente santé. Son enfant se porte fort bien.

Tuberculose ulcéro-caséuse à prédominance gauche, en pleine évolution au début d'une grossesse. — L'institution d'un pneumothorax, qui s'est révélé immédiatement efficace, a permis à la malade de poursuivre sa gestation dans de bonnes conditions. — Au sixième mois de la grossesse, afin de pouvoir compléter d'une façon plus efficace la collapsothérapie, on institue un oléothorax. — La gestation de la malade se poursuit d'une façon tout à fait satisfaisante, l'accouchement ne trouble en aucune sorte l'évolution cicatricielle des lésions pulmonaires. — Par la suite, l'oléothorax est poursuivi et régulièrement entretenu. — Quatre ans après l'accouchement, la malade, qui n'est plus contagieuse, reprend son existence habituelle et est autorisée à garder son enfant auprès d'elle. Elle travaille régulièrement.

OBSERVATION N° 12

Mme Sav. Adrienne, 25 ans.

Alors qu'elle était âgée de 15 ans (1921), la malade a perdu son père de tuberculose pulmonaire.

En septembre 1924, elle présente elle-même à la suite d'un refroidissement, pendant quelque temps, un certain nombre de symptômes fonctionnels qui s'accompagnent d'une élévation quotidienne de température le soir. En juillet 1926, la malade se remet à tousser et brusquement fait une hémoptysie, d'autre part, elle a maigri de 5 kilos en 4 mois et présente depuis le début du printemps d'abondantes sueurs nocturnes. Par ailleurs, la malade a présenté ses dernières règles le 24 juillet. En fin septembre, elle se trouve au deuxième mois d'une grossesse.

A cette époque, comme elle continue à maigrir et à se sentir extrêmement fatiguée, elle se présente à l'Hôpital Laënnec (Service du Docteur Rist) où elle est hospitalisée. A son entrée, l'auscultation montre la présence de gros râle humides au sommet gauche, les examens radiologiques révèlent d'autre part, l'existence à gauche d'une diminution de transparence non homogène du tiers supérieur du champ pulmonaire à limite inférieure interlobaire nette, cette diminution de transparence étant constituée par des taches et des marbrures et présentant au centre une image claire ; d'autre part, le diaphragme fonctionne mal de ce côté. Il existe enfin à droite sous la clavicule une tache lancéolée supecte reliée au hile par une traînée dense.

On se trouve bien en présence d'une tuberculose ulcéro-caséuse à prédominance gauche très nette faisant une poussée évolutive à l'occasion d'une grossesse, d'ailleurs l'examen de l'expectoration montre la présence d'assez nombreux B. K.

Le Docteur Rist institue une pneumothorax artificiel gauche le 3 oct. 1926 : —9 400 oxyg. 100 air, —5 ; 2° insufflation, le 5 octobre 1926 : —7 500 —3 ; 4° insufflation, le 14 octobre : —6 400 —2.

Les insufflations sont poursuivies par la suite tous les 10 jours. Elles sont d'environ 350 à 400 cm³ d'air à chaque insufflation, jusqu'en fin novembre.

Dès la troisième insufflation, la radioscopie montre un pneumothorax efficace, avec décollement médiastinal. Au début de novembre, on a obtenu un décollement complet, le collapsus est parfait ; mais en fin novembre, la malade présente des points de côté douloureux à gauche, une mince couche de liquide apparaît alors, dont le niveau s'élève par la suite. On suspend les insufflations.

On retire par ponction le 17 décembre, 600 cm³

d'un liquide clair séro-fibrineux que l'on remplace par 450 cm³ d'air (P.I. —4°; P.T. +9). Les insufflations sont reprises tous les 8 jours par la suite, elles sont en moyenne de 100 cm³, la malade augmente régulièrement de poids ; il n'existe plus de bacilles dans les crachats depuis 6 semaines environ.

En fin décembre, un début de symphyse spontanée se produit, cette tendance à la symphyse empêchant de poursuivre efficacement la compression, le Docteur Rist décide d'instituer un oléothorax, afin de poursuivre efficacement la collapsothérapie. On fait une première injection de 100 cm³ d'huile de paraffine goménolée à 4 %, le 9 janvier 1927.

Le 11 janvier : — 200 cm³ d'huile de paraffine goménolée 0.

Le 15 janvier : 0 100 cm³ d'huile de paraffine goménolée + 10.

Le 15 février : 0 80 cm³ d'huile de paraffine goménolée + 30.

Le 19 mars : 0 150 cm³ d'huile de paraffine goménolée + 10.

Le 5 avril 1927, la malade pèse 60 kilos 800, à cette date, elle continue à fort bien supporter sa grossesse, son état général est toujours très satisfaisant, elle approche du terme.

La malade entre le 17 avril 1927, à la clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), le travail commence à 14 heures et la malade accouche spontanément le 18 avril à 2 heures 30 d'une fille vivante pesant 2 kilos 730. A 4 heures 18, délivrance naturelle et complète, poids 520 grs. Suites de couches à peu près normales (température à 37°8 les 2°, 4°, 5°, 8°, 9° et 13° jours, ensuite retour à la normale).

Pendant le post-partum l'état général de la malade est aussi satisfaisant que possible, il demeurera

excellent par la suite ; le Docteur Rist sera donc bien fondé à déclarer 8 mois plus tard, en décembre 1927: « La collapsothérapie, d'abord réalisée par le pneumothorax, complétée et poursuivie par la suite par l'oléothorax, a eu ici un plein succès, à tel point que la malade a pu accoucher le 18 avril 1927 dans de très bonnes conditions d'un enfant normal et que cet accouchement ne paraît avoir en aucune sorte troublé l'évolution cicatricielle des lésions pulmonaires ».

La malade revient de la Maternité le 4 mai 1927 et restera à Laënnec pendant 2 mois et demi environ.

Le 5 mai, on lui fait une nouvelle injection d'huile goménolée de 150 cm³ pour compléter le collapsus (P.I. + 2; P.T. + 30). Pendant ce court séjour, elle engraisse d'environ 3 kilos.

Rentrée chez elle, le 17 juillet, elle se remet à travailler en contrevenant ainsi aux prescriptions médicales ; en fin septembre, comme elle est de nouveau un peu fatiguée, elle rentre à nouveau à Laënnec jusqu'à son départ pour le Sanatorium d'Ivry.

En novembre 1927, l'examen radiologique montre que le champ pulmonaire gauche repoussé par l'huile est complètement opaque ; le champ pulmonaire droit paraît normal. La malade reste à Ivry, du mois de novembre 1927 au mois de mai 1929. Pendant ce séjour, elle revient régulièrement une fois par mois au Dispensaire Léon Bourgeois où l'on poursuit toujours son oléothorax dans les meilleures conditions.

Après sa sortie d'Ivry, la malade reste deux mois à Laënnec avant son envoi au sanatorium d'Angicourt où elle reste environ 1 an.

Depuis janvier 1930, la malade n'est plus contagieuse, trois homogénéisations des expectorations, une inoculation au cobaye se sont montrées négati-

ves ; aussi le 25 août 1930, la malade est-elle autorisée à reprendre son existence normale et à garder sa fille auprès d'elle.

La malade revue en octobre 1930, et février 1931, est toujours en parfaite santé, quatre ans et demi après le début de la collapsothérapie, près de quatre ans après l'accouchement.

Tuberculose ulcéro-caséuse évolutive du lobe supérieur gauche traitée par un pneumothorax artificiel au quatrième mois d'une gestation. — La collapsothérapie permet à la malade de mener à terme sa grossesse. — Accouchement normal. Il se forme cependant un épanchement pleural dans les suites de couches. — L'état général de la malade demeure excellent, elle rentre chez elle après un court séjour à l'hôpital. — Six mois après l'accouchement, l'état général est toujours excellent.

OBSERVATION N° 13

Mme Tis. Valentine, 21 ans.

La malade a eu une broncho-pneumonie à l'âge de 10 ans ; par la suite son état était demeuré satisfaisant.

Mariée à 19 ans, dans le courant de l'année 1928, elle commence une grossesse vers la fin du mois de février 1930, dès le début de cette grossesse, la malade accuse une fatigue marquée, présente d'abondantes sueurs nocturnes et se met à tousser.

En juin 1930, c'est-à-dire au 4^e mois de sa grossesse, elle va consulter un médecin ; reconnue atteinte de tuberculose pulmonaire, elle est envoyée à la Fondation Barth, où un pneumothorax artificiel gauche lui fut institué dès la fin de ce mois.

A ce moment, elle présentait, en effet, des lé-

sions ulcéro-caséuses évolutives du lobe supérieur gauche.

Le pneumothorax se révéla immédiatement efficace, la malade reprit du poids, la toux et l'expectoration diminuèrent, puis disparurent ; l'état général s'améliora considérablement, sa gestation se poursuivit d'autre part dans d'excellentes conditions.

La malade étant près du terme est envoyée à la Maternité du Raincy où elle accouche spontanément le 13 novembre 1930, d'un garçon vivant qui fut, de suite, vacciné au B.C.G. Cet enfant, séparé de sa mère dès sa naissance, et envoyé en placement à la campagne, est actuellement fort bien portant.

Pendant les suites de couches, la malade présentait une température vespérale aux alentours de 38°5, 39°, puis tout rentra dans l'ordre ; mais comme il existait des signes de réaction pleurale, au niveau de son pneumothorax, la malade fut envoyée au dispensaire de Neuilly, le 4 décembre 1930, où l'on nota en effet, la présence d'une assez importante réaction liquidienne ; on dirigea la malade sur l'Hôpital Beaujon (service du Professeur Ag. DEBRE) où elle entre le 10 décembre 1930.

A ce moment la malade n'accuse pas de dyspnée ; elle se sent beaucoup moins fatiguée qu'au moment de l'apparition du liquide, ne tousse pas, ne crache pas, elle présente cependant toujours le soir, une température aux alentours de 38°. La percussion montre une matité franche au niveau du poumon gauche et l'auscultation révèle l'existence à ce niveau d'un souffle intense aux deux temps de la respiration, à la radiologie, on voit que le poumon est toujours bien comprimé, mais le liquide remonte jusqu'à un travers de doigt sous la clavicule. En conséquence, on décide de ne pas insuffler la malade dont le repos améliore considérablement l'état général.

La malade en parfait état, ne présentant plus de température, sort de Beaujon, le 20 janvier 1931. Depuis lors, elle revient régulièrement se faire suivre au centre de triage de cet hôpital. En avril l'état de la malade est toujours excellent.

Tuberculose ulcéro-caséreuse bilatérale ayant évolué relativement lentement pendant 3 ans. — Au bout de ce temps, la malade commence à évoluer plus rapidement. — Peu de temps après cette réactivation, la malade commence une gestation. L'état général et pulmonaire de la malade commande alors l'institution d'un pneumothorax; malgré un décollement incomplet, la collapsothérapie se montre efficace, la malade supporte fort bien un accouchement particulièrement pénible. — Un an après l'accouchement, la malade accepte l'institution d'un oléothorax, proposé depuis longtemps, pour obtenir le collapsus complet. — L'effet de cette thérapeutique est très satisfaisant. — Actuellement, deux ans et demi après l'accouchement, la malade est toujours en parfait état général.

OBSERVATION N° 14

Madame Lav. Suzanne, 27 ans.

La malade fit en 1924 un épisode fébrile, avec points de côté à droite et toux, qualifié de congestion pulmonaire. Après 15 jours de maladie, elle reprit cependant son travail, mais se sentit alors constamment fatiguée.

Un mois plus tard, eut lieu une rechute avec points de côté à gauche, température, toux et expectoration.

La malade a continué depuis cette époque à se sentir toujours fatiguée, est restée subfébrile et a toussé assez fréquemment. En juin 1927, elle accouche d'un enfant mort-né. Depuis lors son état décline, elle vient consulter en Novembre 1927, au Dispensaire de son quartier où l'on constata l'existence de lésions du sommet gauche, son expectoration fut

en outre reconnue bacillifère. La malade traitée par le repos et les fortifiants ne s'améliorant pas vient consulter au Dispensaire Léon Bourgeois, le 15 juin 1928 l'examen montre alors à l'auscultation, la présence de nombreux râles humides et caverneux au niveau du poumon gauche, la radiologie met en outre en évidence, l'existence de nombreuses taches disséminées dans le champ pulmonaire droit tandis que se voit à gauche une vaste caverne apexienne ; l'expectoration renferme en outre de très nombreux B.K.

D'autre part, la malade est à ce moment, enceinte de 4 mois (dernières règles 25 janvier).

La malade est hospitalisée à Laennec où le Docteur Rist décide d'instituer un pneumothorax artificiel gauche, la première insufflation a lieu le 25 juin 1928 : —3 100 oxy. 400 air —1.

la 2^e insufflation a lieu le 27 juin : —3 500 +5.

la 3^e insufflation a lieu le 30 juin : —4 620 +5.

la 5^e insufflation a lieu le 11 juillet : —5 490 +2.

Les insufflations sont ensuite poursuivies tous les 8 jours, elles sont d'environ 500 cm³ à chaque fois. On a obtenu dès le début un bon collapsus, mais il subsiste cependant une vaste bride en haut surplombant la cavité apexienne. La malade engraisse régulièrement, l'état général s'améliore très sensiblement.

Mais dans les deux premiers jours du mois d'août apparaît un épanchement dont le niveau s'élève assez rapidement et qui s'accompagne d'une réaction fébrile marquée (38°6 à 38°8 pendant quatre à cinq jours) ; la température redescend ensuite et la malade peut quitter le service au début de septembre 1928, elle est ensuite suivie régulièrement par le dispensaire Léon Bourgeois.

Le 28 octobre, on pratique une ponction de 1200 cm³ et ce même jour, on réinsuffle 850 cm³

d'air (P. T. + 1) cependant son expectoration est toujours bacillifère. A ce moment la malade est à terme.

Elle entre à la Clinique Beaudelocque Service du Professeur Couvelaire, le 1^{er} novembre à 8 heures; dilatation complète à 2 heures 30, (présentation S.I. G.A. mode des fesses) à la fin de la dilatation, il se produit une procidence du pied droit, on termine l'accouchement à 3 heures 20, par l'extraction d'une fille vivante pesant 2 kgs 700. A quatre heures délivrance artificielle incomplète, poids 300 grs. une partie des membranes dissociées, restant très adhérente nécessita la section et la pose de pinces sur l'extrémité libre. A 7 heures 45, les membranes sont toujours adhérentes, à 12 heures 30, on doit se résoudre à pratiquer une révision utérine sous anesthésie légère au chloroforme, la révision accompagnée d'un curettage léger permet de tout retirer. Il se produit ensuite une légère hémorragie nécessitant une injonction chaude intra-utérine, 10 cm³ d'huile camphrée et 400 cm³ de sérum en injection sous cutanée. Suites de couches cependant peu fébriles. La malade sort de Beaudelocque le 25 novembre et revient régulièrement se faire insuffler à Laennec, ainsi 27 décembre : 0 225 + 10.

1^{er} janvier 1929 : —5 75 0.

Le liquide ayant de nouveau augmenté, on fait une nouvelle ponction le 25 janvier. Quelques jours après, la malade fait une hémoptysie, il ne se produit cependant pas de réaction fébrile, mais son expectoration est reconnue à nouveau bacillifère.

Le Docteur Rist propose à la malade de transformer son pneumothorax en oléothorax, qui serait plus efficace, mais elle préfère y surseoir provisoirement. On continue donc les insufflations,

ainsi 3 mai 1929 : —6 175 0

27 sept. : —7 300 + 1

En octobre, la situation est toujours identique, le décollement est toujours satisfaisant sauf au sommet, où la région de la vaste caverne n'est toujours pas efficacement collabée ; on poursuit cependant le traitement, ainsi : 8 nov. : —6 275 +2.

Peu après, la malade se décide enfin à entrer, elle continue en effet à cracher assez fréquemment, son expectoration est toujours bacillifère, elle finit par admettre que l'oléothorax puisse fort l'améliorer. Elle est hospitalisée le 25 novembre 1929.

Le 28 novembre, on fait une première injection d'huile goménolée de 5 cm³, il n'y a pas de réaction fébrile, aussi institue-t-on la première réelle injection d'huile le 2 décembre 1929, elle est de 75 cm³. Le 7 décembre 1929, on injecte 260 cm³ d'huile, il n'y a aucune réaction. Le 11 décembre, on injecte 200 cm³ d'huile goménolée, il n'y a toujours aucune espèce de réaction. On injecte à nouveau, le 14 décembre, 140 cm³, la pression prise ce jour-là est de —4 ; les injections d'huile goménolée sont poursuivies : le 20 déc. 350 ; le 22 déc. 350 ; le 24 déc. 150 ; le 27 déc. 250 ; le 2 janv. 1930, 200 ; le 6 janvier, 200 ; le 10 janvier, 200.

A cette date, la radioscopie montre que le niveau affleure presque la partie inférieure de la caverne. Le traitement est poursuivi dans d'excellentes conditions.

En avril 1930, la caverne commence à être comprimée. En juin, enfin, on a obtenu une opacité complète. En septembre, la toux et l'expectoration ont complètement disparu. En fin novembre 1930, l'état étant très satisfaisant, on décide d'arrêter l'oléothorax. En avril 1931, l'état de la malade est toujours très satisfaisant, son enfant est en parfaite santé.

Tuberculose ulcéro-caséuse unilatérale à évolution rapide, avec caverne du sommet droit, chez une femme enceinte. — L'institution d'un pneumothorax permet à la malade de mener à bonne fin sa grossesse. Son efficacité est rendue complète par une section de brides. — L'accouchement ne semble avoir eu aucune action défavorable. — Actuellement, trois mois après l'accouchement, le traitement est régulièrement poursuivi. — L'état général est très satisfaisant.

OBSERVATION N° 15

Mme Guil. Françoise, 25 ans.

La mère de la malade est morte tuberculeuse, sa sœur est traitée par un pneumothorax artificiel. Elle-même a fait, en 1923, une congestion pulmonaire grave et depuis lors, a présenté chaque hiver des bronchites à répétitions.

En février 1930, elle tousse davantage, se sent extrêmement fatiguée et s'aperçoit qu'elle maigrit progressivement. En fin mars, elle commence à se sentir souvent très fatiguée, présente de la dyspnée et se met à cracher. Elle vient consulter en mai au Dispensaire Léon Bourgeois. On entend à ce moment, à l'auscultation, à droite, de nombreux râles humides entourant un souffle cavitaires. La radiologie montre, d'autre part, l'existence d'une condensation au niveau du lobe supérieur, centrée par une excavation d'assez grandes dimensions. L'expectoration est enfin reconnue bacillifère.

En outre, à ce moment, la malade qui n'a plus ses règles depuis le début d'avril est au deuxième

mois d'une grossesse. Le Dr. Rist décide d'instituer un pneumothorax droit : la première insufflation a lieu le 14 juin 1930 : —7 100 oxy. 400 air —3.

la 2^e insufflation le 16 juin : —5 450 —3.

la 3^e insufflation le 19 juin : —6 500 —4.

Les insufflations sont ensuite poursuivies une fois par semaine par le Docteur Hirschberg, elles sont en moyenne de 5 à 600 cm³.

En juillet, on a obtenu un bon décollement, mais il subsiste une adhérence au sommet. L'état de la malade s'est beaucoup amélioré, son expectoration a diminué, son podis augmente peu à peu. On poursuit le traitement, ainsi 6 sept. : —6 650 —3.

Mais comme la toux et l'expectoration persistent bien qu'atténuées, et qu'il existe toujours une adhérence au sommet, on pratique une première section de brides en fin septembre 1930. Une seconde section de brides a lieu le 1^{er} novembre, on obtient alors une rétraction très satisfaisante du poumon, qui est suivie d'une sédation rapide des phénomènes fonctionnels. Mais bientôt se produit une réaction liquidienne qui augmente rapidement, on diminue en conséquence les quantités d'air insufflées à chaque fois ; la malade reste très nettement améliorée, d'ailleurs, au bout de quelques semaines, l'épanchement tend à se résorber après une seule ponction de 950 cm³ le 10 décembre.

En fin janvier, la malade approche du terme de sa grossesse qui est toujours fort bien supportée.

On pratique les dernières insufflations :

le 24 janvier : —8 150 0.

le 31 janvier : —6 140 0.

La malade entre à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), le 5 février 1931. Il subsiste à ce moment une petite couche liquidienne d'environ deux travers de doigt. La malade est admise à la salle de travail à 16 heures 20 et accouche

spontanément à 20 heures 50 d'une fille vivante pesant 3 kilos 100. Délivrance naturelle et complète à 21 heures (360 grs). La malade est réinsufflée à la Maternité, le 21 février : —10 175 —8.

le 28 février : —10 75 +8.

Suites de couches : la température ne dépasse pas 37°6 les premiers jours, elle atteint 38°, 38°2 le 13° et le 14° jour et revient ensuite à la normale.

La malade revient à l'Hôpital Laënnec le 4 mars 1930, son traitement est poursuivi depuis lors régulièrement. Actuellement, la toux et l'expectoration ont presque disparu ; l'état général est très satisfaisant, bien qu'il subsiste encore une petite bride au sommet qui empêche un collapsus total. L'enfant vacciné au B.C.G. et séparé de la mère, est confié au placement familial des tout petits, il est actuellement bien portant.

Tuberculose ulcéro-caséeuse bilatérale à prédominance droite, à marche évolutive rapide, avec profonde atteinte de l'état général, chez une femme enceinte. — Un pneumothorax artificiel, institué au cours de la gestation, a permis à la malade de mener à bonne fin sa grossesse. Au cours de celle-ci, cependant, les signes du côté opposé s'aggravent. — Après l'accouchement, la malade refuse de poursuivre le traitement. — Son état s'aggrave peu à peu. Elle meurt trois mois plus tard.

OBSERVATION N° 16

Mme Guyo., 28 ans.

La malade, qui avait mené à terme 3 grossesses successives de 1920 à 1924 (accouchements normaux) a présenté, par la suite, des bronchites à répétitions au cours des années 1924 et 1925. A partir du début de l'année 1926, elle commença à se sentir de plus en plus fatiguée et maigrit de 12 kilos en 6 mois. En même temps, apparurent des sueurs nocturnes abondantes, en outre la malade se mit à tousser et à cracher assez fréquemment ; elle continua cependant à travailler ; mais d'autre part, la malade commença, en juin, une grossesse ; peu à peu, son état continua à s'aggraver. Au mois d'août, son état général étant franchement mauvais, elle partit faire un séjour à la campagne ; elle ne s'y améliora cependant pas, et se décida enfin à venir consulter au Dispensaire Léon Bourgeois, au 5^e mois de sa grossesse en novembre 1926 : On nota alors la présence au niveau du poumon droit de nombreux râles humides et gargouillants entourant au sommet un souffle cavitairé, à ce moment on percevait en outre d'assez nombreux râles à gauche. La radiologie montrait

d'autre part l'existence au niveau du poumon droit d'une large zone de condensation centrée par une excavation de grandes dimensions, à gauche, le champ pulmonaire présentait une diminution de transparence ainsi que quelques rares taches et marbrures. L'expectoration enfin était bacillifère. En présence de cette tuberculose bilatérale avec grosse prédominance de lésions évolutives à droite, on décida d'instituer un pneumothorax à droite comme premier jalon d'un pneumothorax bilatéral. La 1^{re} insufflation eut lieu le 27 nov. 1926 : —4 oxy. : 200 air : 200 —4.

la 2^e insufflation eut lieu le 30 nov. : —3 450 —3.

la 4^e insufflation eut lieu le 9 déc. : —6 300 —3.

la 6^e insufflation eut lieu le 17 déc. : —6 650 —1.

Les insufflations furent ensuite poursuivies régulièrement, d'abord 2 fois, puis 1 fois par semaine ; l'état général de la malade s'améliora sensiblement, la température s'abaisa, mais la malade n'augmenta cependant pas de poids.

En fin janvier 1927, l'expectoration n'était plus bacillifère. En février, le collapsus obtenu à droite était satisfaisant, il persistait cependant une adhérence au sommet et d'autre part le côté gauche paraissait être en voie d'évolution : quelques taches du sommet semblaient s'être développées et avoir tendance à confluer.

Le traitement fut poursuivi régulièrement :

Ainsi, le 24 janvier : —11 575 —6.

le 7 février : —9 500 —4.

A cette époque, la malade approchait du terme de sa grossesse ; à ce moment il se produisit un épanchement, on fit cependant une dernière insufflation le 4 mars : —6 275 +1.

La malade fut ensuite dirigée sur la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire). Elle entra en travail ce même jour à 17 heures et accou-

cha spontanément le 5 mars à 1 heure 15, d'une fille vivante pesant 2 kilos 600. Délivrance naturelle et complète à 2 heures, poids 430 grammes. L'enfant, bien portant, vacciné au B.C.G., fut envoyé en placement en Sologne, où il se trouve encore actuellement. Suites de couches : Température oscillante entre 37°6 et 39° jusqu'au 22^e jour, ensuite la température resta entre 37° et 38°.

Après l'accouchement, le liquide semblait avoir un peu augmenté. Le 22 mars, la malade retourna à Laënnec, étant donné l'augmentation du liquide, on arrêta provisoirement les insufflations. L'état général, à ce moment, ne s'était guère modifié : la température restait oscillante, si le collapsus demeurerait satisfaisant, l'épanchement avait augmenté et, d'autre part, du côté gauche, les lésions semblaient avoir tendance à évoluer.

Un mois plus tard, en effet, la radiologie montrait un aspect en mie de pain dans la partie moyenne du poumon gauche. La malade, mise au repos, s'améliore cependant un peu, mais le 20 avril, l'épanchement remontant jusqu'au sommet, on décide de ponctionner, mais la malade refuse systématiquement.

Le 28 avril, on note une symphyse du sommet droit, la malade refuse tout traitement et sort de Laënnec, le 3 mai, sur sa demande.

Par la suite, son état s'aggrava de plus en plus, elle se cachetisa progressivement, et mourut le 17 juillet suivant.

Tuberculose ulcéro-caséuse à tendance évolutive rapide, chez une femme enceinte. — Un pneumothorax institué au cours de la grossesse a permis à la malade de mener à bonne fin sa gestation. — Actuellement, près de deux ans et demi après l'accouchement, les insufflations sont poursuivies régulièrement. — L'état général est satisfaisant et permet à la malade de supporter une seconde gestation.

OBSERVATION N° 17

Mme Flag. Marie, 26 ans.

La malade, qui a subi deux interventions de laparotomie, en octobre 1925 et en mars 1926, l'une à l'éther et l'autre au chloroforme, fit, après chacune d'elles, des accidents pulmonaires.

Quinze jours après la seconde (fin mars 1926) elle fait soudainement une abondante hémoptysie, elle est alors hospitalisée à l'Hôpital Saint-Antoine, (Service du Professeur Bezançon), elle est, à ce moment, excessivement fatiguée, présente une température vespérale à 38°, d'abondantes sueurs nocturnes, cependant, elle ne toussé pas et ne crache pas. A l'auscultation, on n'entend d'ailleurs à cette époque qu'une respiration rude à droite. La radiologie ne montre d'autre part, qu'un léger voile du sommet droit.

La malade reste à Saint-Antoine jusqu'au 15 août 1926, le repos l'ayant considérablement améliorée, elle sort en parfait état, elle reprend son travail en fin septembre et commence, peu après, une grossesse (dernières règles : 16 novembre). Cette gestation est bien supportée.

La malade accouche à terme le 2 septembre 1927, à l'Hôpital Boucicaut (Service du Professeur Ag. Le Lorier), d'un garçon vivant qui est placé en nourrice. Les suites de couches sont normales. La malade sort de la Maternité le 4 octobre, mais, le 11 octobre, elle vient consulter au dispensaire Léon Bourgeois, on entend à ce moment, à l'auscultation, quelques très faibles craquements au sommet droit, mais radiologiquement, bactériologiquement et même cliniquement, la malade semble absolument indemne. La malade, en bonne santé apparente, reprend son travail.

Quatre mois plus tard, en février 1928, elle commence une seconde grossesse, peu après, au bout du premier mois, elle se met à tousser et à cracher, elle revint alors consulter au Dispensaire Léon Bourgeois, le 15 avril 1928, à ce moment, l'auscultation révèle la présence d'une condensation au niveau du lobe supérieur droit ; la radiologie montre une opacité marquée de tout ce lobe supérieur, enfin, l'expectoration est reconnue bacillifère. La malade entre à l'Hôpital Laënnec où le Docteur Rist décide d'instituer un pneumothorax artificiel droit dont la première insufflation a lieu le 8 mai 1928.

On obtient rapidement un bon collapsus dès les premières insufflations. Le pneumothorax se révèle immédiatement efficace.

A partir du mois de juin, la malade ne tousse presque plus, crache très peu, et sa température est revenue à la normale.

Au début d'août, l'expectoration n'est plus bacillifère, les insufflations sont régulièrement poursuivies tous les 8 jours, la malade supporte parfaitement bien sa grossesse et accouche spontanément, le 1^{er} décembre 1928, à 11 heures 30, à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire),

d'un garçon vivant pesant 3 kiloc 270. Délivrance naturelle et complète à 11 heures 45, poids 490 grs.

L'enfant vacciné au B.C.G. et séparé de sa mère dès sa naissance, se trouve actuellement en placement à la campagne, en très bonne santé. Suites de couches : température à 37°8 les 1^{er}, 4°, 6° et 11^e jours, un seul clocher à 38° le 8^e jour, ensuite, retour à la normale en lysis. La malade sort en très bon état de la Maternité le 22 décembre 1928. Elle revient ensuite se faire insuffler régulièrement au Dispensaire Léon Bourgeois,

ainsi, le 1^{er} février 1929 : —4 275 0.

le 17 mai 1929 : —22 525 +4.

le 28 juin 1929 : —0 275 +6.

En juillet, la malade part au Sanatorium de la Tuyolle, où ses insufflations sont régulièrement poursuivies. Elle revient en parfait état 14 mois plus tard, en fin septembre 1930. Elle est, à ce moment, au début d'une nouvelle grossesse. Les insufflations sont alors continuées au Dispensaire Léon Bourgeois, tous les 15 jours,

ainsi, le 5 septembre 1930 : —2 250 +1.

le 19 octobre 1930 : —5 200 +3.

le 12 décembre 1930 : —12 125 +1.

le 16 janvier 1931 : —9 125 +1.

Au début d'avril 1931, deux ans et quatre mois après l'accouchement, le traitement est régulièrement poursuivi, l'état général de la malade est satisfaisant. A ce moment, elle est près du terme de sa seconde grossesse qui est parfaitement bien supportée.

Elle entre, le 2 avril 1931, à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), et accouche spontanément, le 30 avril, à 17 heures, d'une fille vivante pesant 2 kilos 750. Délivrance naturelle et complète à 17 heures 30, poids 530 gr.

Suites de couchés normales.

La malade, en parfait état, sort de Baudelocque et retourne à Laënnec où ses insufflations sont poursuivies, en attendant son départ pour le Sanatorium où elle doit parfaire sa cure. Très bon état général.

Les deux enfants sont actuellement toujours en très bonne santé.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséreuse, à marche évolutive rapide, chez une femme enceinte. — Un pneumothorax artificiel institué au cours de la gestation a permis à la malade de mener à bonne fin sa grossesse. — Accouchement normal. — Un an après, alors que la collapsothérapie est régulièrement entretenue, la malade commence une deuxième gestation. Cette nouvelle grossesse et l'accouchement normal sont parfaitement supportés par la malade. — Six mois après le second accouchement, devant un syndrome de bilatérisation, on institue un deuxième pneumothorax. — Les deux collapsus sont régulièrement poursuivis pendant un an. — Après une exploration thoracoscopique, on arrête les insufflations du second pneumothorax et on institue un traitement aurothérapique. — Les insufflations à droite sont régulièrement poursuivies plus de trois ans et demi après le premier accouchement. — Près de deux ans après le second, l'état général est toujours satisfaisant.

OBSERVATION N° 18

Mme Die... Renée, 26 ans.

La malade, mariée en 1925, fit une fausse couche nécessitant un curettage en mai 1926. Elle commence une seconde grossesse à la fin de la même année (dernières règles, 27 octobre).

En février 1927, au troisième mois de sa grossesse, elle commence à se sentir très fatiguée, elle continue cependant à travailler jusqu'au mois de mars. A ce moment, à l'occasion d'une visite médicale à laquelle elle est astreinte par ses employeurs, l'examen radioscopique révèle la présence de lésions

pulmonaires bilatérales, avec prédominance droite très nette. La malade est envoyée à la campagne, son état général s'améliore, mais elle continue à tousser et à cracher, elle entre à Laënnec au mois de mai 1927.

A ce moment, elle est au septième mois de sa grossesse. L'auscultation révèle alors l'existence de nombreux râles humides au sommet droit, tandis que les examens radiologiques montrent une diminution de transparence très marquée au niveau du poumon droit où existent d'assez nombreuses marbrures, ainsi qu'une petite spéléonque située à l'intersection de la clavicule et de la ligne axillaire droite. Le poumon gauche présente une légère diminution de transparence. Enfin, l'expectoration est bacillifère.

Le Docteur Rist décide d'instituer un pneumothorax droit.

1^{re} insufflation, le 11 juin 1927 : —7 550 —2.

2^e insufflation, le 13 juin 1927 : —6 500 —2.

3^e insufflation, le 16 juin 1927 : —7 500 —2.

les insufflations sont poursuivies régulièrement, d'abord deux fois par semaine, puis une fois, la malade recevant en moyenne 500 cm³ à chaque insufflation.

On obtient très rapidement un bon collapsus. Le pneumothorax se révèle immédiatement efficace. L'état de la malade s'améliore considérablement, elle ne tousse presque plus, ne crache plus, d'ailleurs, dès la troisième semaine, l'expectoration n'était plus bacillifère. Enfin, la malade engraisse de plus de 2 kilos en un mois et supporte parfaitement bien sa grossesse.

En fin juillet, elle est près du terme : dernière insufflation le 28 juillet : —5 500 —3.

La malade entre le 30 juillet 1926 à Baudelocque, le travail commence le 31 juillet à 14 heures 45, elle accouche spontanément le 1^{er} août à 15 heures 5,

d'un garçon vivant pesant 2 kilos 700. Délivrance naturelle et complète à 15 heures 35, poids 380 grs. Suites de couches : 38° le troisième jour, ensuite retour à la normale.

L'enfant, vacciné au B.C.G., et séparé de la mère, fut envoyé en placement familial à la campagne, il est actuellement en bonne santé.

La malade sort de Baudelocque le 14 août 1927 : et revient ensuite se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois, tous les 15 jours régulièrement,

ainsi, 2 septembre 1927 : —5 450 —4.

10 novembre 1927 : —7 525 —1.

16 mars 1928 : —6 675 —2.

3 septembre 1928 : —2 600 —1.

Au mois d'août 1928, la malade commence une gestation qui est fort bien supportée, on poursuit le traitement comme par le passé,

ainsi, 26 octobre 1928 : —4 650 —2.

1^{er} février 1929 : —7 675 —3.

1^{er} mars 1929 : —6 700 —3.

En fin avril, la malade approche du terme de sa grossesse qui a évolué normalement, elle est réinsufflée une dernière fois le 26 avril : —9 800 —1.

Le 6 mai, la malade ressent les premières douleurs, elle est dirigée sur la Clinique Baudelocque où elle accouche spontanément le 7 mai 1929, à 12 h. 10 d'une fille vivante pesant 2 kilos 900. Cet enfant, vacciné au B.C.G., et placé à la campagne, se porte également bien actuellement. Délivrance naturelle et complète à 12 heures 50, poids 400 grs. Les suites de couches sont un peu fébriles. Un seul clocher à 38° le quatrième jour. La malade, en parfait état, sort de Baudelocque le 10^e jour (16 mai) et revient régulièrement se faire insuffler au dispensaire Léon Bourgeois, ainsi, 10 juin 1929 : —6 600 —1 ; la malade continue à bien se porter jusqu'en juillet 1929, à ce moment elle commence à sentir des points de

côté à gauche, et l'on trouve à l'examen radiologique une tache apicale située au niveau du deuxième espace intercostal gauche ; d'autres examens faits ultérieurement montrent que cette tache tend à s'accroître et à s'étendre, on diminue la quantité d'air insufflée à chaque fois, ainsi 6 août : —5 450 —3.

En octobre 1929, l'expectoration redevient bacillifère, le 30 octobre survient une hémoptysie et, dans les jours suivants, la malade présente de la température et commence à maigrir. La radiographie montre alors que le point suspect à gauche est devenu une image cavitaire qui s'étend dans les semaines suivantes, on poursuit le traitement doucement ; il se produit une nouvelle hémoptysie, on décide alors d'espacer les insufflations à droite et d'instituer un pneumothorax gauche, la malade entre à nouveau à Laënnec le 1^{er} décembre.

Le 5 décembre, on insuffle encore à droite : —7 375 —3 ; première insufflation à gauche, 10 décembre 1929 : —19 100 oxyg. 200 air —2.

Deuxième insufflation à gauche le 13 décembre : —5 550 —3.

On a obtenu, dès cette seconde insufflation, un décollement presque total, on continue à insuffler régulièrement à droite et à gauche, à droite tous les 15 jours, à gauche d'abord deux fois, puis une fois par semaine.

En mars 1930, bon état général, on continue régulièrement les insufflations,

ainsi, à gauche, le 21 mars : —3 325 —2.

à droite, le 24 mars : —6 475 —2.

à gauche, le 2 avril : —6 350 —1.

à droite, le 9 avril : —7 400 —3.

on continue de même par la suite, mais en espaçant progressivement les insufflations, ainsi en juillet, on insuffle la même semaine à droite et à gauche, puis on attend 10 à 12 jours avant de réinsuffler.

Le décollement n'est cependant pas total à gauche, il subsiste en effet, au sommet, une large bride soustendant une cavité béante. Il subsiste à droite aussi plusieurs brides filiformes gênant le collapsus. En mai 1930, la cavité gauche devient de plus en plus grande, un épanchement apparaît en outre de ce côté ; on poursuit le traitement,

ainsi, le 13 septembre à droite : —7 600 —1.

le 24 septembre, à gauche : —3 325 —2.

Comme les brides subsistent, le Docteur Brissaud pratique, le 12 novembre 1930, une exploration pleuroscopique, l'opérateur tombe sur un voile très long qui ne peut être sectionné, en conséquence, on propose à la malade de pratiquer une thoracoplastie, mais la malade ajourne son acceptation.

On pratique la dernière insufflation à gauche le 26 janvier 1931 ; étant donné qu'on a commencé depuis 2 mois un traitement aurothérapique qui semble donner de bons résultats. On poursuit d'autre part, régulièrement, les insufflations de l'ancien pneumothorax droit, elles sont d'environ 400 cm³ à chaque fois ; la malade dont l'état général est devenu alors assez satisfaisant, rentre chez elle le 4 mars 1931, elle part au Sanatorium d'Angicourt le 20 mars, elle y poursuit actuellement sa cure dans les meilleures conditions.

Tuberculose pulmonaire lobaire supérieure droite excavée, à marche évolutive rapide, chez une femme enceinte. — Un pneumothorax artificiel institué au cours de la grossesse a permis à la malade de mener à bonen fin sa gestation. — Actuellement, près de trois ans après l'accouchement, les insufflations sont régulièrement poursuivies. — Très bon état général.

OBSERVATION N° 19

Mme Mic. Marie, 27 ans.

La malade a perdu sa sœur de tuberculose pulmonaire, elle s'est mariée à 23 ans et a accouché à terme l'année suivante, en novembre 1924, dans de bonnes conditions, d'un garçon actuellement bien portant.

En avril 1924, la malade commence à maigrir, à tousser et à se sentir progressivement très fatiguée. Peu après, la malade commence une grossesse (dernières règles : 26 mai) ; dès lors, elle se met à tousser et à cracher davantage, sans présenter cependant une température vespérale. En juillet, elle vient consulter au Dispensaire Léon Bourgeois, le Docteur Rist constate alors à l'auscultation, la présence d'une tuberculose pulmonaire unilatérale lobaire supérieure droite excavée, la malade est admise d'urgence à l'Hôpital Laënnec, l'examen radiologique montre alors une condensation de la moitié supérieure du champ pulmonaire droit avec de nombreuses taches et marbrures et une image cavitaire sous la clavicule. Le poumon gauche paraît normal. Enfin, l'expectoration est bacillifère.

Le Docteur Rist institue un pneumothorax arti-

ficiel droit : première insufflation le 5 août 1927 :
—13 100 oxyg. 400 air —4.

2° insufflation, le 7 août : —7 400 —4.

3° insufflation, le 10 août : —6 400 —1.

les insufflations sont poursuivies ensuite régulièrement tous les huit jours,

ainsi, le 30 août : —8 600 —3.

6 septembre : —7 725 —3.

On a obtenu dès le début un très bon décollement, le collapsus se révèle très rapidement efficace, la toux cesse, l'expectoration n'est plus bacillifère, l'état général de la malade s'améliore considérablement, elle engraisse de plus de 10 kilos en trois mois. On poursuit régulièrement les insufflations, elles sont en moyenne de 600 à 800 cm³,

ainsi, le 14 octobre 1927 : —6 800 —3.

le 28 octobre 1927 : —4 775 —2.

la malade, en parfait état, sort de Laënnec le 30 octobre et revient régulièrement se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois,

ainsi, le 6 janvier 1928 : —4 600 —2.

3 février 1928 : —5 800 —4.

17 février 1928 : —6 1.100 0.

24 février 1928 : —4 925 0.

A cette date, la malade est presque à terme, elle ressent les premières douleurs, le 28 février, dans la soirée, et rentre peu après à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), elle accouche spontanément le 29 février, à 15 heures, d'une fille vivante pesant 3 kilos 690. Délivrance naturelle et complète à 15 heures 30, poids 630 grs. Suites de couches normales sans température.

La malade est en parfait état général, ne tousse pas, ne crache pas ; le collapsus est parfait, le murmure vésiculaire est presque aboli, le poumon gauche est normal.

L'enfant, bien portant, est placé à l'Œuvre des Tout Petits, aux dernières nouvelles, il était en bonne santé.

La malade sort de Baudelocque le 11 mars, le lendemain, elle revient se faire insuffler à Laënnec :
—4 700 —1.

De même, le 23 mars : —4 1.050 0.

le 30 mars : —2 800 0.

La malade part au début d'avril à Angoulême où elle va se fixer définitivement, elle se fait, depuis, insuffler régulièrement dans la région. Aux dernières nouvelles reçues, elle est en excellent état et travaille régulièrement.

Tuberculose ulcéro-caséeuse à marche évolutive rapide, chez une femme enceinte. — Un pneumothorax artificiel institué au cours de la gestation a permis à la malade de mener à bien sa grossesse. — Six mois après l'accouchement, la guérison clinique étant obtenue, on arrête les insufflations. — Actuellement, deux ans et demi après l'accouchement, deux ans après l'arrêt du traitement, l'état de la malade est toujours excellent.

OBSERVATION N° 20

(communiquée par M. le Docteur Braun)

Mme Po., 32 ans.

Pendant l'année 1925, la malade fait une première grossesse et accouche spontanément en septembre d'une fille âgée actuellement de 5 ans $1/2$, et très bien portante.

La malade, qui se surmène beaucoup dans sa maison de commerce, commence à maigrir au début de l'année 1928, en mars, elle se met à tousser et à cracher, au mois de mai, elle vient consulter le Docteur Braun, elle est, en outre à ce moment, enceinte de 3 mois.

A l'examen, l'auscultation révèle alors la présence de nombreux râles au sommet gauche, les examens radiologiques montrent une diminution de transparence non homogène de tout le champ pulmonaire gauche, il existe en outre de nombreuses taches et marbrures dans la moitié supérieure de ce champ. Enfin l'expectoration est bacillifère. Le Docteur Braun institue un pneumothorax artificiel gauche, le 22 mai 1928 : —8 350 —4.

Dès le début, le décollement s'effectue d'une façon satisfaisante, il subsiste toutefois, une assez large

adhérence à la partie toute supérieure. Les insufflations sont poursuivies régulièrement, elles sont d'environ 350 à 400 cm³ d'air à chaque fois ; au mois d'août, apparaît un petit épanchement liquidien, on poursuit le traitement en diminuant la quantité d'air insufflée à chaque fois, ainsi, 9 oct. ; —6 150 —3. La malade supporte bien sa grossesse.

Comme, le 30 octobre, la compression est toujours suffisante, on décide de suspendre provisoirement les insufflations qui ne seront reprises qu'après l'accouchement.

La malade accouche spontanément le 4 novembre 1928, d'une fille vivante pesant 3 kilos 320 ; le 6 novembre, le Docteur Braun pratique une nouvelle insufflation de 150 cm³ en pression négative, de même le 13 novembre.

La malade a fort bien supporté l'accouchement, les suites de couches sont subnormales, on note seulement deux petits clochers thermiques le 4^e et le 7^e jour. La malade, en parfait état, rentre chez elle le 16 novembre, ses insufflations sont poursuivies régulièrement par la suite, ainsi, le 12 février 1929 : —8 100 —4.

En avril, la malade est en parfait état, elle ne tousse plus, ne crache plus, a engraisé de plus de 6 kilos, aussi le traitement est-il arrêté dans le courant du mois de mai.

Actuellement, deux ans et demi après l'accouchement, deux ans après la cessation du traitement, la malade est toujours en excellente santé et mène une vie normale. Ses enfants se portent également toujours bien.

Tuberculose pulmonaire unilatérale excavée chez une femme enceinte. — Un pneumothorax artificiel institué au cours de la grossesse a permis à la malade de mener à bonne fin sa gestation. — Accéder à bonne fin sa gestation. — Actuellement, tuellement, trois ans et demi après l'accouchement, les insufflations sont poursuivies régulièrement. —

OBSERVATION N° 21

Mme J. Henriette, 33 ans.

La malade qui a présenté des bronchites à répétition, a toujours toussé l'hiver, elle s'est mariée en 1917, son mari, gazé de guerre, est entré dans un Sanatorium peu de temps avant qu'elle ne vienne consulter elle-même.

La malade a fait successivement 5 grossesses (trois enfants bien portants, deux morts de broncho-pneumonie).

En octobre 1926, fatiguée par ses nombreuses gestations et se surmenant toujours beaucoup, la malade commence à maigrir progressivement (8 kilos en 5 mois) ; elle commence en décembre une sixième grossesse. Se sentant très fatiguée, toussant et crachant fréquemment, elle vient consulter au Dispensaire Léon Bourgeois (mars 1927), à ce moment, l'auscultation révèle la présence de nombreux râles humides au niveau du sommet gauche, on perçoit, en outre, un souffle cavitaire assez net, centrant ces signes de ramollissement ; enfin, la percussion révèle une zone de condensation nette à la partie supérieure de l'hémithorax gauche.

D'autre part, l'examen radiologique montre

l'existence au niveau de la moitié supérieure du champ pulmonaire gauche de nombreuses taches et marbrures, on voit en outre, au sommet, deux images cavitaires sous-claviculaires ; on note, d'autre part quelques taches et marbrures juxta-hilaires au niveau du poumon droit, l'expectoration est bacillifère.

Le Docteur Rist hospitalise la malade à Laënnec et décide d'instituer un pneumothorax artificiel gauche, étant donné la grosse prédominance des lésions de ce côté.

1^{re} insufflation le 13 mai 1927 : pression négative 450 —4.

2^e insufflation le 15 mai 1927 : —6 500 —3.

3^e insufflation le 20 mai 1927 : —6 550 —3.

On obtient dès le début un bon décollement, le collapsus paraît très nettement efficace, l'état général de la malade s'est beaucoup amélioré, elle engraisse régulièrement (1 kilogramme par mois), ne tousse plus, ne crache plus, les insufflations sont poursuivies régulièrement, d'abord tous les huit jours puis tous les 15 jours, elles sont d'environ 500 cent. cubes à chaque fois.

Ainsi : 9 juillet : —6 600 —62.

16 juillet : —6 550 —2.

13 août : —4 475 —1.

à partir du 15 août la malade approche du terme de sa grossesse on diminue la quantité d'air insufflée à chaque fois ; ainsi dernière insufflation le 27 août : —5 350 —4.

La malade entre le 5 septembre à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire).

Elle accouche spontanément le 6 septembre à 8 h. 5 d'un garçon vivant pesant 2 kilos 430.

Délivrance naturelle et complète à 8 h. 20 poids 480 grammes. La malade est réinsufflée à la Maternité le 12^e jour. Les suites de couches sont normales,

sauf 38°2 le 6° et le 8° jour. La malade, en parfait état, sort le 16° jour de la clinique Baudelocque, elle rentre chez elle et revient ensuite régulièrement se faire insuffler au dispensaire Léon Bourgeois,

ainsi, le 27 décembre 1928 : —5 400 —2.

27 juin 1929 : —4 500 —1.

11 octobre 1929 : —3 400 —1.

27 février 1930 : —6 300 —1.

249 août 1930 : —4 450 —1.

17 octobre 1930 : —7 700 —1.

On poursuit régulièrement les insufflations depuis, actuellement 3 ans et demi après l'accouchement, la malade est en parfait état général.

Son enfant, qui avait été vacciné au B.C.G., séparé d'elle dès sa naissance et envoyé en placement à la campagne, s'y porte toujours bien.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche, manifestée par une hémoptysie d'alarme au cours d'une première grossesse. — Six ans après, à l'occasion d'une seconde gestation, aggravation rapide et soudaine avec apparition de signes cavitaires. — Un pneumothorax institué alors permet à la malade de mener à bonne fin sa grossesse. — Par la suite, les insufflations sont régulièrement poursuivies. — Actuellement, près de dix-huit mois après l'accouchement, l'état général est toujours extrêmement satisfaisant.

OBSERVATION N° 22

Mme Bell... Louise, 26 ans.

A dix-huit ans, la malade, au quatrième mois d'une première grossesse au cours de laquelle elle avait beaucoup maigri et s'était mise à tousser, tout en continuant toutefois son métier de blanchisseuse, fait une hémoptysie assez abondante (avril 1923).

Examinée alors au Dispensaire Léon Bourgeois, elle fut mise au repos et accoucha normalement (enfant séparé et mis en placement familial). Elle fit ensuite un séjour d'un an au Sanatorium de Brévannes.

A son retour, la malade, très améliorée, continua cependant à tousser, on lui proposa alors un pneumothorax qui fut continuellement ajourné, la malade poursuivant son travail et son existence habituelle, bien que chaque année elle présentait une hémoptysie dont elle s'obstinait à ne pas tenir compte.

En janvier 1929, la malade commence une seconde grossesse qui, au début, est bien supportée.

Au commencement du printemps, la malade se

remet à tousser et à cracher continuellement ; en juin, elle entre à l'Hôpital Laënnec. A ce moment, elle est pâle, amaigrie, dort mal, a perdu l'appétit et son expectoration est reconnue bacillifère. A l'examen, on entend, à l'auscultation, de nombreux râles humides dans toute la partie supérieure du poumon gauche, ces râles entourent un souffle caverneux très prononcé, la moitié supérieure du poumon présente en outre, une matité accusée. La radiologie met, d'autre part, en évidence, l'existence d'une opacité marquée de tout le champ pulmonaire gauche où se trouvent d'ailleurs de nombreuses taches et marbrures confluentes, ainsi qu'une vaste caverne sous la clavicule. On note aussi quelques taches au sommet à droite.

Le Docteur Rist décide d'instituer un pneumothorax artificiel gauche, la première insufflation a lieu le 14 juin 1929 : —14 400 —2.

2° insufflation le 17 juin : —12 450 +2.

3° insufflation le 21 juin : —8 450 +2.

Les insufflations sont ensuite poursuivies régulièrement tous les huit jours, on a obtenu dès le début, un bon décollement, l'état général s'améliore considérablement, la malade engraisse régulièrement, la grossesse se poursuit normalement. On continue le traitement,

ainsi, 22 août : —5 500 +2.

11 octobre : —4 500 +3.

16 novembre : —10 500 +3.

23 novembre : —5 400 +2.

Deux jours après cette dernière insufflation, la malade, qui est à terme, est prise des premières douleurs à 3 heures du matin, elle est immédiatement dirigée sur la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), où elle accouche spontanément le 26 novembre 1929, à 7 heures 5, d'une fille vivante pesant 3 kilos 750 ; immédiatement après l'accouchement, se produit une hémorragie de 900 grs.

qui s'arrête spontanément au bout de quelques minutes ; à 7 heures 30, délivrance naturelle mais incomplète, suivie d'hémorragie de 600 grs qui s'arrête également au bout de quelques minutes. La malade est réinsufflée à la Maternité le 30 novembre et le 7 janvier. Les suites de couches furent à peu près normales, la température s'éleva seulement à 38°2 le troisième jour à 38° les 5°, 9° et 10° jours, elle revient ensuite en lysis à la normale.

L'enfant, vacciné au B.C.G. et séparé de la mère, fut envoyé en placement familial. Il est actuellement toujours bien portant.

La malade sort de Baudelocque le 15 décembre, et vient régulièrement se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois.

Le 6 janvier 1930, alors qu'elle attendait son retour de couches, elle fait une hémoptysie et, le 10 janvier, elle accuse un point de côté à la base. A l'examen, on note la présence d'un petit épanchement liquidien à la base gauche, cette réaction s'accompagne d'une élévation de la température à 39° pendant une dizaine de jours.

Les insufflations sont poursuivies par la suite, elles sont toujours de 4 à 500 cm³ d'air chacune, mais de nombreuses adhérences au sommet gauche en empêchent le plein effet, aussi la malade continue-t-elle encore à tousser et à cracher un peu, mais son expectoration n'est toujours plus bacillifère.

La malade sort le 30 janvier 1930, elle revient depuis régulièrement se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois, son état général est toujours extrêmement satisfaisant.

Tuberculose ulcéro-caséuse à marche évolutive rapide, encore hâtée par l'intervention de deux grossesses trop rapprochées. — L'institution d'un pneumothorax artificiel, qui se montra très rapidement efficace, permit à la malade de supporter parfaitement bien sa seconde gestation. — Par suite d'une chute, elle accoucha prématurément au 8^{me} mois. — L'accouchement n'eut aucune influence défavorable; le traitement fut toujours régulièrement poursuivi. On continue actuellement les insufflations. — Actuellement, trois ans et demi après l'accouchement, l'état général est toujours parfait. La malade travaille régulièrement.

OBSERVATION N° 23

Mme Chail. Lucienne, 25 ans.

La malade, à la suite d'une grippe, à l'âge de 13 ans, a été extrêmement fatiguée et anémiée pendant plus d'un an.

A partir de sa 18^e année, elle se remit à maigrir, elle continua cependant à se surmener, s'obstinant à travailler malgré sa fatigue. A l'âge de 20 ans, en avril 1926, elle fait une série de petites hémoptysies, elle poursuit cependant son existence laborieuse comme par le passé, d'autant plus qu'étant fiancée, elle désire se marier à brève échéance; elle se marie en effet en juillet suivant, bien qu'elle se soit aperçu depuis plusieurs mois qu'elle maigrissait considérablement (6 kilos en 6 semaines). En outre, à ce moment, elle toussait et crachait beaucoup.

Peu après son mariage, elle fait une première grossesse interrompue par une fausse couche de 4 mois. Elle reprend ensuite son travail jusqu'en mars

1927, à ce moment, elle présentait une bronchite tenace depuis le début de l'année et, en outre, elle était au début d'une nouvelle gestation. Elle s'arrête alors de travailler et va consulter au dispensaire d'hygiène sociale de son quartier. On y découvre alors à l'auscultation des signes de condensation au niveau de la partie moyenne du poumon droit (râles humides assez gros) la radiologie confirme d'ailleurs ces symptômes en montrant l'existence d'une diminution de transparence très nette à ce niveau où se voit d'ailleurs une petite zone excavée, enfin l'expectoration est bacillifère.

La malade est envoyée à l'Hôpital Cochin, où le Docteur Pissavy décide d'instituer un pneumothorax artificiel droit.

1^{re} insufflation le 24 mai 1927: —10 500 —4.

Dès le début, on obtient un bon décollement, l'état de la malade s'améliore considérablement. A partir du mois de juin on insuffle progressivement davantage, on atteint ainsi 700 à 800 cm³ d'air à chaque fois. Le collapsus se révèle très nettement efficace, la grossesse de la malade se poursuit dans les meilleures conditions, elle engraisse régulièrement (1 kilo 400 tous les 15 jours).

La malade sort de Cochin en septembre 1927, pesant 56 kilos 800, elle part en cure complémentaire à Ivry mais, quelques jours après, elle fait une chute et est transportée d'urgence à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire) le 6 octobre suivant, au début de la matinée, elle accouche spontanément à 11 heures d'un garçon vivant pesant 1 kilo 500, débile, cet enfant meurt quelques jours plus tard.

Les suites de couches ne furent pas fébriles (maximum 37°6).

Le traitement fut régulièrement poursuivi par la suite à l'Hôpital Cochin, par les soins du Docteur Baumgartner.

Quelques semaines plus tard, la malade partit en cure sanatoriale à Hauteville, jusqu'au mois de mai 1928.

La malade revint ensuite à Cochin où son traitement est toujours régulièrement poursuivi depuis. Après avoir eu lieu tous les 8 jours, puis tous les 15 jours, les insufflations eurent lieu toutes les 3 semaines, puis tous les mois. La malade revue régulièrement en mars, avril, mai 1931, est en excellente santé et travaille 10 heures par jour.

CHAPITRE IV

3^e Groupe.

36 observations de Tuberculeuses devenues enceintes alors qu'elles étaient en cours de traitement par un pneumothorax artificiel.

Pneumothorax pratiqué chez une tuberculeuse présentant une forme fibreuse à tendance évolutive, chez laquelle la collapsothérapie a amené une telle amélioration qu'elle a pu, au cours de son traitement, mener à bien une grossesse. — Actuellement, onze mois après l'accouchement, parfaitement bien supporté, la malade se trouve en très bon état général.

OBSERVATION N° I

Mme Val. Anna, 26 ans.

La malade, qui a soigné en 1920 (à l'âge de 15 ans) sa tante morte de tuberculose pulmonaire, a commencé à présenter des petites hémoptysies très discrètes et en a eu depuis, chaque été. En juillet 1928, à la suite d'une hémoptysie plus abondante, la malade se met à tousser fréquemment, accuse d'abondantes sueurs nocturnes, des points de côté marqués à gauche et un certain degré d'oppression ; elle vient consulter au mois d'août 1928, au centre de

triage de l'Hôpital Saint-Antoine. A ce moment, la malade, qui a pas mal maigri dans les semaines précédentes, présente un assez mauvais état général, en outre, elle crache et son expectoration est bacillifère.

L'auscultation montre de nombreux râles humides au sommet gauche, et la radiographie confirme la présence de lésions du champ pulmonaire gauche (diminution de transparence non homogène des 2/3 supérieurs du champ pulmonaire, avec d'assez nombreuses marbrures donnant un aspect pommelé), le poumon droit semble indemne.

Après un séjour à la campagne de deux mois, l'état général de la malade ne s'étant guère amélioré, le Docteur Braun et le Docteur J. Frey-Ragu décident d'instituer un pneumothorax gauche :

1^{re} insufflation, 2 nov. 1928 : —10 250 —6.

2^e insufflation, 5 nov. 1928 : —10 250 —8.

La troisième et la quatrième insufflations ont lieu dans des conditions identiques.

En moins de 15 jours, la malade augmente de 1 kilo 200, son état général s'améliore très sensiblement, d'ailleurs, au bout d'une quinzaine de jours, la radioscopie montre un bon décollement du tiers supérieur. La malade continue à engraisser régulièrement, son expectoration diminue considérablement. Les insufflations sont poursuivies régulièrement (on reste toujours entre 200 et 300 cm³).

A partir de février 1929, les insufflations n'ont plus lieu que tous les 10 jours, le décollement s'accroît progressivement. Au mois de juin 1929, on a obtenu un collapsus complet. La malade est en très bon état général, cependant ses menstruations absentes depuis dix-huit mois n'ont pas reparu.

Au mois de novembre 1929, on s'aperçoit que

la malade est au deuxième mois d'une grossesse. Les insufflations sont poursuivies dans les mêmes conditions.

A partir du mois de janvier 1930, la malade étant au quatrième mois de sa grossesse et le collapsus obtenu semblant suffisant, on décide de ne pas trop pousser les insufflations et de rester aux environs de 200 cm³. Ainsi, 29 fév.: —8 225 —5.
15 avril : —6 175 —3.

A partir du mois de mai, on décide de diminuer encore la quantité d'air à chaque insufflation pour éviter une gêne respiratoire :

ainsi 20 mai : —2 75 —8.
27 mai : —12 75 —10.

Le 3 juin, la malade étant presque à terme, on insuffle encore —12 75 —6. Le 6 juin, la malade entre en travail, elle est dirigée sur la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine (Service du Professeur Ag. Lévy-Solal) (durée du travail : 12 h. 15, présentation O.I.G.A.) et la malade accouche spontanément le 7 juin 1930 à 8 heures 25 d'un garçon vivant pesant 2 kilos 900.

L'accouchement s'est parfaitement bien passé, cependant, à l'entrée à la Maternité, l'auscultation révélait la présence à la base droite de quelques râles sous-crépitaux.

Suites de couches: le premier jour, 38°7, puis la température reste à 38° les jours suivants, le cinquième et le septième jour elle s'élève à 38°5 et, à partir du huitième jour, elle retombe en lysis et parvient à 37° le dixième jour. La malade est réinsufflée à la Maternité le 24 juin : —14 150 —4. Les insufflations sont reprises tous les dix jours, on a décidé, depuis l'accouchement, d'augmenter les quantités d'air et, comme par le passé, on insuffle

à chaque fois 150 à 200 cm³. On ne voit cependant pas de décollement visible à la radioscopie dans les premières semaines. Les insufflations sont poursuivies aux alentours de 150 cm³ tous les 8 jours et, petit à petit, le décollement devient bien visible. La malade a augmenté de poids et l'accouchement ne semble avoir eu aucun effet défavorable.

En octobre, novembre, décembre 1930, janvier, février, mars, avril, mai 1931 les insufflations sont toujours poursuivies par nous-même tous les huit jours puis, tous les dix jours, dans les mêmes conditions. Le collapsus obtenu demeure parfait. Depuis plus de deux ans, on n'a jamais plus trouvé de bacilles dans l'expectoration, l'état général de la malade est parfait, elle travaille régulièrement.

D'autre part, l'enfant, vacciné au B.C.G., et envoyé en placement à la campagne, est en excellente santé.

Tuberculose ulcéro-caséuse à tendance évolutive rapide soignée par un pneumothorax. — Malgré la gravité des lésions, l'intervention en cours de traitement d'une gestation menée à terme semble n'avoir eu aucune influence fâcheuse. — Vingt-deux mois après l'accouchement, près d'un an après la cessation du pneumothorax, la malade se trouve en parfaite santé.

OBSERVATION N° 2

Mme Tes. Andrée, 24 ans.

La malade a été jusqu'à son mariage, en contact avec son frère mort tuberculeux peu après.

En fin décembre 1927, début janvier 1928, la malade a présenté une angine puis une bronchite traînante avec de nombreux points de côté à droite. Depuis cette époque, elle a continué à tousser et à cracher, elle a perdu l'appétit, a pas mal maigri et présente chaque soir une élévation de température aux alentours de 38°.

Cependant, se sentant mieux au début du printemps, la malade se marie. En juin, peu de temps après son mariage, elle se remet à tousser et à cracher, en juillet, elle se présente au centre de triage de l'Hôpital Saint-Antoine. La malade est admise le 1^{er} août dans le Service du Professeur Bezançon. A son entrée, on entend à l'auscultation à droite, un foyer étendu, de gros râles humides et gargouillants au sommet ; le reste du champ pulmonaire présente de nombreux râles sibilants, le poumon gauche paraît normal. La radiologie montre d'autre part, une diminution de transparence non homogène de tout le champ pulmonaire droit, de nombreuses marbru-

res à la partie inférieure et au niveau du lobe supérieur, un zone de condensation centrée par un espace clair qui paraît correspondre à une image spélonquaire.

On trouve enfin de très nombreux B.K. dans l'expectoration, cependant l'état général est encore relativement conservé.

Le Professeur Bezançon et le Docteur Braun décident d'instituer un pneumothorax artificiel droit.

La première insufflation a lieu le 11 septembre 1928 : aspiration spontanée : 200 cm³ —8.

2° insufflation, 14 septembre : —4 300 —4.

3° insufflation, 18 septembre : —6 300 —3.

Les insufflations sont poursuivies régulièrement deux fois par semaine au début, on insuffle en moyenne à chaque fois 300 cm³ ; 16 octobre 1928 : —8 300 —4, à cette date, on a obtenu un décollement complet, il n'y a pas de trace de liquide ni de déplacement médiastinal. Il s'est produit depuis le début des insufflations, une amélioration considérable ; la fièvre a disparu, la malade ne tousse plus et ne crache plus (B. K. = 0).

Au mois de novembre, la malade commence une grossesse qui est bien supportée. A partir de décembre, les insufflations ont lieu une fois par semaine, elles sont en moyenne de 350 cm³. En février 1929, la malade a augmenté de 7 kilos, l'appétit est revenu, le collapsus est toujours complet.

Au mois d'avril, pour éviter un essoufflement, on commence à diminuer progressivement les quantités d'air insufflées. On restera désormais, aux alentours de 250 cm³,

ainsi, le 12 juillet : —14 250 —10.

9 août : —15 250 —6.

Le 17 août, on insuffle encore 250 cm³ et ce

même jour, la malade est dirigée sur la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine (Service du Professeur Ag. Lévy-Solal) où elle entre à 11 heures du matin (O. I.G.A.). Elle accouche spontanément, à 19 heures, d'une fille vivante pesant 3 kilos 420 ; à 20 heures, délivrance naturelle et complète, poids 470 grs. Suites de couches normales.

L'enfant, bien portant, est séparé de la mère et envoyé en placement familial.

Les insufflations sont continuées à la Maternité, le 23 août : 250 cm³, le 30 août : —16 250 —8.

La malade quitte la Maternité en très bon état ; au début de septembre, elle reprend son travail et revient régulièrement se faire insuffler au centre de triage, tous les huit jours. Les quantités d'air restant toujours sensiblement égales à 250 cm³.

Ainsi, le 25 octobre 1929 : —8 250 —6.

le 25 février 1930 : —5 200 —4.

Le décollement est toujours bien visible.

Au début du mois de mars, il se produit une petite poussée liquidienne accompagnée pendant quelques jours d'une réaction thermique à 38°5, 39°. On diminue la quantité d'air insufflée, ainsi le 21 mars on n'insuffle que 100 cm³ (P.I. : —8) ; P.T. : —4), cependant après l'insufflation, la malade étant quelque peu dyspnéique, on suspend les insufflations pendant 3 semaines.

Le 15 avril, il n'y a plus de liquide ; on insuffle : —5 150 —3. En fin avril, la malade va tout à fait bien, pèse 70 kilos, ayant engraisé de plus de 18 kilos depuis le début du traitement. Le 15 mai, en pression négative, on insuffle encore 50 cm³, mais dans les jours suivants, la malade dépasse 71 kilos 500; elle engraisse de trop, et comme, d'autre part, il n'y a plus de décollement visible et que la malade ne toussant plus, ne crachant plus, présente

un très bon aspect général, on décide d'arrêter le pneumothorax artificiel.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis environ 1 an, la malade revient régulièrement se faire examiner au centre de triage, elle va parfaitement bien et travaille régulièrement (derniers examens, 14 décembre 1930, 30 mars 1931, 15 mai 1931). Près de deux ans après l'accouchement, l'état général est toujours parfait.

L'enfant, qui se trouve à la campagne, est en très bonne santé.

Tuberculose ulcéro-caséuse à tendance évolutive rapide, soignée par un pneumothorax artificiel. — Grâce à la collapsothérapie, la malade peut mener à bien une grossesse survenue en cours de traitement. — Dix-sept mois après l'accouchement, près d'un an après l'arrêt du pneumothorax, la malade se trouve en parfaite santé.

OBSERVATION N° 3

Mme Monte. Jeanne, 25 ans.

La malade a commencé, après s'être surmenée au début de l'année 1927, à tousser et à cracher. Malgré un repos de quelques semaines, son état ne s'améliore pas, elle maigrit d'une façon considérable, présente d'abondantes sueurs nocturnes et accuse de nombreux points de côté à gauche.

En octobre, la malade vient consulter à l'Hôpital Tenon, l'examen révèle alors la présence de lésions diffuses des deux tiers du poumon gauche, la radiologie en particulier, met en évidence la présence de marbrures très accusées au niveau des deux tiers supérieurs du niveau gauche. D'autre part, il existe une diminution de transparence particulièrement marquée au sommet. A l'auscultation, on entend d'ailleurs de nombreux et gros râles humides au niveau de la moitié supérieure du poumon gauche. Enfin, l'expectoration renferme de nombreux B. K. La malade entre à Tenon en novembre 1927, et l'on décide d'instituer, sans tarder, un pneumothorax artificiel gauche.

Dès les premières séances, le Docteur Ragu obtient un décollement assez satisfaisant. Les insufflations sont poursuivies régulièrement sans incidents,

la quantité d'air étant d'environ 300 à 400 cm³ à chaque fois.

Au début de l'été 1928, la malade, changeant de quartier, est adressée par le Docteur Ragu, au centre de triage de l'Hôpital Saint-Antoine, où le Docteur J. Frey-Ragu poursuit régulièrement ses insufflations. A son arrivée au centre de triage, la malade est en bon état général, les insufflations sont poursuivies, dans les mêmes conditions, pendant le reste de l'année 1928 et le début de l'année 1929. Il ne se produit toujours pas de réaction liquidienne,

ainsi, 4 septembre 1928 : —2 300 —4.

18 décembre 1928 : —10 450 —6.

2 février 1929 : —12 350 —10.

L'état général est toujours parfait.

Au début de l'été 1929, la malade commence une grossesse (dernières règles . 17 mai), cette gestation est parfaitement bien supportée. Les insufflation sont poursuivies comme par le passé,

ainsi, 5 novembre 1929 : —10 300 —10.

29 novembre 1929 : —15 300 —8.

En fin décembre, la malade approche du terme de sa grossesse. On insuffle encore,

le 24 décembre : —10 250 —10.

le 7 janvier 1930 : —8 250 —6

Dans la matinée du 9 janvier 1930, le travail commence, la malade est dirigée sur la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine (Service du Professeur Ag. Lévy-Solal) où elle entre à 2 heures de l'après-midi. A 18 heures 15, on fait une application de forceps Tarnier à la partie basse de l'excavation pour éviter une fatigue maternelle, et on extrait un garçon vivant pesant 1 kilo 740. A 18 heures 30, délivrance naturelle et complète pesant 520 grs. Suites de couches normales.

La malade est réinsufflée à la Maternité

le 11 janvier 1930 : —10 200 —6.

puis le 20 janvier 1930 : —10 250 —10

La malade sort en très bon état le 25 janvier et revient se faire insuffler régulièrement tous les huit jours au centre de triage,

ainsi le 28 janvier : —10 250 —6.

le 25 février : —10 250 —4.

A partir du mois de mars, on diminue la quantité d'air insufflée à chaque séance :

18 mars : —10 150 —8.

13 mai : —12 100 —4.

La malade est en parfait état, l'expectoration n'a plus jamais contenu de B. K. depuis deux ans. On envisage en conséquence l'arrêt du pneumothorax, d'autant plus que depuis le début du mois de mai, on constate un léger déplacement médiastinal.

Les deux dernières insufflations ont lieu :

la première le 20 mai : —18 100 —6.

la seconde le 27 mai : —14 100 —2.

La malade est revue le 10 juin et le 11 juillet 1930, la radiologie ne montre alors plus de décollement visible, la malade est en parfait état général et travaille régulièrement. Elle revient toutes les six semaines environ se faire examiner au centre de triage, derniers examens : 1^{er} février 1931, 15 mars 1931, 1^{er} mai 1931. L'état général est toujours excellent.

L'enfant, envoyé à la campagne, est en très bonne santé.

Tuberculose ulcéro-caséuse droite à tendance évolutive rapide, soignée par un pneumothorax artificiel. — La collapsothérapie permet à la malade de mener à bien une grossesse survenue au cours de son traitement. — Plus de six mois après l'accouchement, l'état général de la malade est satisfaisant.

OBSERVATION N° 4

Mme Bau. Germaine, 24 ans.

La malade, qui s'était surmenée au cours de l'hiver 1927-1928, commence à tousser au début du mois d'avril et s'aperçoit bientôt que cette toux devient très fréquente, elle accuse en outre de nombreux points de côté et présente d'abondantes sueurs nocturnes. Très fatiguée, elle perd l'appétit et maigrit rapidement, elle perd près de 5 kilos au cours du mois de juillet.

Au mois d'août, elle vient consulter à l'Hôpital Broussais, elle présente à ce moment une température vespérale à 39° et tousse beaucoup, à l'auscultation, on entend de nombreux râles à droite. La respiration est considérablement diminuée de ce côté. La radiologie confirme le diagnostic de tuberculose ulcéro-caséuse du sommet droit à évolution rapide. Le Docteur Ameuille institue un pneumothorax le 14 août 1928. Ce pneumothorax se révélera lentement efficace. La toux et la température à 38° persistent cependant jusqu'en février 1929.

Au mois de mai 1929, la malade part en cure sanatoriale, elle fait ensuite un séjour à la campagne et revient au mois d'août 1930. A son retour, elle présente un très bon état général, ne tousse pres-

que plus, n'a plus de température et ne crache plus du tout.

Mais à ce moment, la malade, qui avait présenté ses dernières règles le 2 janvier 1930, est au septième mois d'une grossesse qui est fort bien supportée, bien que la malade ait présenté au printemps un peu de dyspnée et qu'elle ait fait en juillet une petite hémoptysie. Elle revient consulter en septembre 1930, à l'Hôpital Tenon, Service du Docteur Ameuille.

Le Docteur Ameuille décide, à ce moment, d'associer le traitement intra-veineux de crisalbine à la collapsothérapie qui est régulièrement poursuivie, ainsi, le 20 octobre 1930 : —10 400 + 2. A ce moment, la malade est presque à terme.

Elle présente, en effet, les premières douleurs le 23 octobre à midi, elle est transportée de suite à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire).

A 16 heures, après la rupture des membranes, le sommet s'engage à la partie moyenne de l'excavation. A 20 heures 45, la dilatation est complète, mais la femme se cyanosant et suffoquant au moindre effort, on décide de faire une application de forceps. En conséquence, on extrait, à 21 heures, une fille vivante pesant 2 kilos 300. A 22 heures, délivrance naturelle et complète, poids 400 grs.

Suites de couches : à partir du 3^e jour, la température est oscillante, atteignant 37°9 le 7^e jour ; 38°2 le 9^e jour ; 38°4 le 13^e jour, puis retour à la normale. On fait une insufflation à la Maternité le 12^e jour (4 novembre) —7 150 —1, puis 2 injections de crisalbine.

L'enfant, vacciné au B.C.G., est séparé de la mère, et envoyé en placement à la campagne, il se porte toujours bien actuellement.

Le 5 novembre, la malade sort de la Maternité et revient se faire suivre à l'Hôpital Tenon. Depuis cette époque, on poursuit le traitement par l'aurothérapie. Le 1^{er} mars 1931, la malade, qui a repris son existence normale, est en bon état général.

Tuberculose ulcéro-caséuse gauche à évolution rapide, soignée par un pneumothorax artificiel. — Au bout d'un an de traitement, la malade, grâce à la collapsothérapie, supporte parfaitement bien une première grossesse. — L'accouchement n'a aucune action défavorable. — L'état général de la malade demeure très satisfaisant. — Six mois après, alors que son pneumothorax est régulièrement poursuivi, la malade commence une seconde gestation qu'elle mène également à bien. — Actuellement, plus de six mois après le second accouchement, la malade, qui continue à se faire insuffler régulièrement, est en fort bon état général.

OBSERVATION N° 5

Mme Mart. Marguerite, 24 ans.

La malade a commencé à tousser et à cracher au début de l'année 1927, elle présente en outre, depuis cette époque, d'abondantes sueurs nocturnes, elle continua cependant à travailler. Vers la fin de l'année, cependant, s'apercevant qu'elle maigrissait de plus en plus, et se sentant excessivement fatiguée, elle vient consulter à l'Hôpital Laënnec où elle est admise le 20 octobre 1927.

A ce moment, l'examen montre des signes très nets de condensation au niveau du poumon gauche, de nombreux râles sont d'ailleurs perçus à cet endroit. La radiologie confirme la présence d'une tuberculose ulcéro-caséuse en pleine évolution (avec tendance à l'excavation). En outre, l'expectoration renferme de nombreux B. K.

Le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet décident d'instituer un pneumothorax arti-

ficiel gauche qui est commencé le 12 novembre 1927. Dès le début on obtient un bon décollement, les insufflations sont poursuivies régulièrement, d'abord deux fois par semaine,

ainsi, 14 décembre: —18 450 —6.

20 décembre: —20 450 —6.

Dès les premiers jours de janvier 1928, les insufflations sont poursuivies tous les 8 jours; le pneumothorax se montre très nettement efficace, la toux et l'expectoration s'atténuent très sensiblement, l'état pulmonaire de la malade est très satisfaisant. Elle engraisse régulièrement, son état général est parfait.

Pendant toute l'année 1928, les insufflations sont régulièrement poursuivies, elles sont d'environ 450 à 500 cm³ à chaque fois, ainsi, 7 mars 1928: —1 450 —8.

Depuis le début de l'année 1928, l'expectoration n'est plus bacillifère, il n'y a pas de réaction liquidienne, l'état de la malade est toujours excellent.

En octobre, la malade, qui a présenté ses dernières règles le 22 août 1928, est au début d'une grossesse qui est parfaitement bien supportée; les insufflations sont poursuivies régulièrement tous les 8 jours, puis tous les 10 jours, elles sont d'environ 350 à 400 cm³. Il semble qu'il existe vers le mois de décembre, une légère diminution de transparence dans la région sous-claviculaire droite, mais cet aspect, qui avait paru suspect, ne se précise pas par la suite.

D'autre part, le collapsus est toujours excellent et le traitement est régulièrement poursuivi, ainsi,

27 février 1929: —8 400 —6.

17 avril 1929: —16 400 —4.

24 avril 1929: —16 400 —6.

Le 1^{er} mai, la malade est presque à terme, on insuffle encore 400 cm³, puis on dirige la malade sur la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire). Elle y accouche spontanément, le 6 mai 1929, d'une fille vivante pesant 3 kilos 810. Cette fille, vaccinée au B.C.G., est séparée de sa mère, et élevée chez la grand'mère près de Limoges, mais elle meurt à l'âge de 1 mois de diphtérie.

Une demi-heure après l'accouchement, délivrance naturelle et complète, il n'y a pas de température dans les suites de couches. Une réinsufflation de 300 cm³ a lieu à la Maternité le 8 mai, deux jours après l'accouchement.

Le 22 mai, nouvelle insufflation : —8 300 —4.
A sa sortie de la Maternité, la malade revient se faire insuffler régulièrement au Dispensaire Léon Bourgeois, (Hôpital Laënnec), tous les 15 jours,

ainsi, le 10 juillet : —14 350 —4.

le 16 octobre : —20 450 —6.

le 11 décembre : —18 400 —4.

Vers la fin de décembre, la malade commence une seconde grossesse qui est parfaitement bien supportée.

En janvier 1930, comme on note une petite adhérence au sommet, on reprend les insufflations tous les 8 jours, ainsi, 19 février : —22 400 —6.

20 mars : —20 400 —4.

16 avril : —22 400 —2.

5 juin : —18 300 —6.

La malade est au sixième mois de sa grossesse qui est toujours fort bien supportée, le collapsus continue à être parfait. Vers cette époque, les insufflations sont poursuivies tous les 15 jours. On commence à diminuer les quantités d'air insufflées,

ainsi, 30 juillet 1930 : —24 225 —6.

21 août 1930 : 16 325 —8.

Le 10 septembre, la malade étant près du terme, on pratique une dernière insufflation : —14 300 —8, puis la malade est dirigée sur Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), elle entre à la salle de travail le 19 septembre 1930 (O.I.G.A.) et accouche spontanément le 20 septembre à 2 heures 30 du matin, d'une fille vivante pesant 2 kilos 620. Délivrance naturelle et complète à 2 heures 40, poids 490 grs.

La mère n'étant pas contagieuse, l'enfant n'est pas séparé, il est toutefois vacciné au B.C.G. et envoyé à la campagne où il meurt un mois plus tard de diarrhée verte. Suites de couches normales, pas de température, la malade est réinsufflée à la Maternité, le 29 septembre : —8 325 —4.

Après sa sortie de Baudelocque, la malade revient régulièrement se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois,

ainsi, 8 octobre 1930 : —20 350 —6.

Les insufflations sont ensuite poursuivies régulièrement tous les 15 jours, elles sont d'environ 350 cm³ à chaque fois,

ainsi, le 3 décembre 1930 : —14 350 —4.

31 décembre 1930 : —14 350 —2.

28 janvier 1931 : —12 350 —4.

En fin mars 1931, plus de six mois après le second accouchement, la malade poursuit son traitement dans les meilleures conditions, son état général est parfait, elle travaille régulièrement.

Tuberculose ulcéro-caséuse évolutive à marche rapide, avec spéléonque juxta-hilaire gauche, soignée par un pneumothorax artificiel depuis trois ans. — Au bout de treize mois de traitement la malade, très nettement améliorée, supporte parfaitement bien une grossesse. — Grâce à la collapsothérapie, l'accouchement n'a aucune action défavorable. — Actuellement, un an après l'accouchement, la malade se trouve en parfait état général.

OBSERVATION N° 6

Mme Pa. Marthe, 26 ans.

La malade dit avoir perdu un frère et une sœur d'affection pulmonaire. Mariée à 20 ans, elle a mené à terme deux grossesses, son premier enfant est mort de méningite, à un an, le second est mort d'une rougeole compliquée à 11 mois.

Lors d'un voyage à Lyon, en juin 1927, la malade fait brusquement une hémoptysie, mais à ce moment, l'examen médical révèle seulement l'existence d'un simple bronchite avec emphysème. Rentrée chez elle à Saint-Germain, la malade continue cependant à tousser et à cracher de plus en plus. En octobre 1927, elle fait une seconde hémoptysie assez abondante, son expectoration, examinée au Dispensaire de Saint-Germain, est reconnue bacillifère ; la malade, toutefois, ne présente ni température vespérale, ni amaigrissement, ni fatigue générale marquée. L'examen révèle cependant, une inspiration rude à gauche et la présence d'assez nombreux rhoncus qu'accompagnent quelques râles bulleux ; la radiologie montre, d'autre part, une diminution de transparence non homogène de la moitié supérieure

du poumon gauche. On note à droite, entre le hille et le diaphragme, un développement marqué des arborisations vasculaires.

En fin novembre, la radiologie montre la présence, à gauche, d'un réseau alvéolaire à fines mailles semé de petites taches sur la moitié supérieure. A droite, les riches arborisations vasculaires sont toujours visibles, et il existe, en outre, de ce côté, sous la clavicule, une traînée d'aspect calcifié. L'expectoration est d'ailleurs toujours bacillifère.

La malade qui s'occupe de son intérieur, refuse d'aller faire une cure sanatoriale.

En fin mars, la radiographie du poumon gauche montre une concentration des lésions autour du hile, avec présence d'une petite excavation juxta-hilaire apparue donc depuis peu. L'aspect du poumon droit ne s'est pas modifié.

En raison du processus destructif à évolution rapide, au niveau du poumon gauche, et des très nombreux bacilles qui persistent dans l'expectoration, la malade est envoyée au Dispensaire Léon Bourgeois, pour lui instituer un pneumothorax. Les examens radioscopiques pratiqués à Laënnec, confirment l'atteinte marquée du champ pulmonaire gauche : nombreuses marbrures dans la presque totalité du champ pulmonaire, présence dans la région juxta-hilaire d'un foyer d'ombres centré par une image claire d'aspect très nettement spélonquaire, on voit toujours à droite, le développement exagéré de l'arborisation hilaire précédemment noté ; le Docteur Poix pose formellement l'indication d'un pneumothorax artificiel gauche.

Sur la demande expresse de la malade, il consent à l'institution d'un traitement ambulatoire, ainsi, première insufflation, 12 avril 1928 : —12 100 oxyg. air 200 —6. La malade repart chez elle à Saint-Germain. Par la suite, on continue les insuf-

flations dans les mêmes conditions, ainsi, deuxième insufflation, 16 avril 1928 : —4 400 —10.

Dès ce moment, la radioscopie montre un décollement total, le pneumothorax se révèle parfaitement efficace, il est poursuivi régulièrement pendant 18 mois, sans incident. Dès le second mois, il n'y a plus de B. K. dans l'expectoration.

Le 23 octobre 1929, le Collapsus est toujours parfait, il n'y a pas de liquide, la malade a augmenté de 6 kilos, est en très bon état général et se trouve en ce moment au 5^e mois d'une grossesse qui est très bien supportée. Ce jour-là, insufflation : —14 150 —4 (la compression étant nettement suffisante, on a diminué, en effet, depuis quelques mois, la quantité d'air insufflée à chaque fois).

Les insufflations sont poursuivies tous les 15 jours. 20 novembre 1929 : —16 75 —6.

2 janvier 1930 : —12 125 —4.

15 janvier 1930 : —14 150 —6.

la malade est près du terme de sa grossesse, on insuffle encore le 2 février 1930 : —12 250 —2. Elle entre le 10 février à la Maternité de l'Hôpital de Saint-Germain et accouche spontanément sans incident, à 9 heures 30, d'un garçon vivant pesant 3 kilos 100. Délivrance naturelle et complète à 9 heures 45, poids 510 grs.

L'enfant, vacciné au B.C.G., séparé de sa mère pendant les 10 premiers jours, et ensuite élevé par elle, et nourri par l'allaitement artificiel.

Suites de couches normales.

Le 19 février 1930, la malade est réinsufflée à la Maternité : —8 150 —4. La malade vient ensuite se faire insuffler à Laënnec, ainsi, 12 mars 1930 : —12 150 —6. Le collapsus est toujours parfait.

La malade ayant présenté une petite réaction fébrile aux alentours du 20 mars, les insufflations sont poursuivies sans pousser :

26 Mars 1930 :	—12	100	+4
9 avril :	—12	100	+6
24 avril :	—14	100	+6
7 mai :	—14	100	+6.

L'état général de la malade est très satisfaisant.

Les insufflations sont poursuivies tous les 15 jours, dans les mêmes conditions, ainsi : 2 juillet 1930 : —8 125 +12 ; 23 juillet 1930 —10 150 +8.

En fin juillet, le collapsus est toujours parfait. La malade, en excellent état, va parfaire sa cure au Sanatorium de Bligny, où l'on continue le traitement.

Elle revient au Dispensaire Léon Bourgeois en janvier 1931, elle a repris son existence habituelle. En juin 1931, la malade est toujours en parfait état, plus de quinze mois après l'accouchement.

L'enfant est toujours en excellente santé.

Tuberculose ulcéro-caséuse droite à tendance très rapidement évolutive, avec grosse spéléonque du sommet droit, soignée par un pneumothorax artificiel. — La collapsothérapie, complétée par une section de brides, amène une telle amélioration qu'elle permet à la malade de mener à bien une gestation survenue au cours de son traitement. — Bien que l'insubordination de la malade ait provoqué une aggravation passagère ayant déterminé une poussée du côté opposé favorisée par le mauvais terrain présenté par la malade, les insufflations poursuivies encore actuellement, près de dix mois après l'accouchement, ont permis d'obtenir une conservation relativement satisfaisante de l'état général. — L'aurothérapie a été récemment associée à la collapsothérapie.

OBSERVATION N° 7

Mme Po. Jeanne, 23 ans.

En 1924, à l'âge de 17 ans, la malade a perdu un frère de tuberculose pulmonaire. Trois ans plus tard, en novembre 1927, la malade se marie ; en mai 1928, elle commence une grossesse qui la fatigue beaucoup, et fait un accouchement prématuré en novembre à l'Hôtel-Dieu (enfant mort-né). Dans le cours des semaines suivantes, la malade présente de nombreux points de côté à droite, perd l'appétit, maigrit progressivement et commence à tousser.

Bien que son état général laisse fort à désirer, la malade continue son métier d'ouvrière d'usine. En juin 1929, l'amaigrissement est devenu considérable, les sueurs nocturnes sont apparues, l'expectoration devient abondante. La malade vient con-

sulter au Dispensaire Léon Bourgeois, le 10 juin 1929. A ce moment, l'auscultation montre la présence de nombreux râles gargouillants au sommet droit. La radiologie met en évidence une diminution de transparence non homogène du champ pulmonaire droit avec spélonque de 3 cm. de diamètre au-dessus de la clavicule. Le champ pulmonaire gauche paraît normal. Enfin, on trouve de nombreux B.K. dans l'expectoration.

La malade entre, le 13 juin 1929, à l'Hôpital Laënnec, le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet décident d'instituer un pneumothorax artificiel droit:

1^{re} insufflation, 16 juillet : —10 100 oxy. 275 air —7.

2^e insufflation, 18 juillet : —10 450 —7.

3^e insufflation, 23 juillet : —14 500 —7.

4^e insufflation, 30 juillet : —14 600 —6.

5^e insufflation, 6 août : —12 625 —6.

Dès le début des insufflations, on a noté à la radioscopie un très bon décollement, sauf une bride à la partie supérieure qui sous-tend la zone spélonquaire, et empêche l'efficacité complète du pneumothorax. La malade, nettement améliorée, sort de Laënnec le 7 août. Les insufflations sont poursuivies régulièrement au Dispensaire Léon Bourgeois, tous les 8 jours. Elles sont en moyenne de 500 cm³,

ainsi, le 25 août 1929 : —8 550 —5.

le 18 septembre : —9 550 —5.

En octobre, on s'aperçoit que le diamètre de la caverne augmente sensiblement. En fin décembre, la malade, qui a présenté ses dernières règles le 27 octobre, est au 2^e mois d'une grossesse. On poursuit les insufflations en diminuant les quantités d'air,

ainsi, 26 décembre : —8 400 —4.

8 janvier : —10 175 —3.

cependant la malade continue à tousser et à cracher,

la caverne, toujours bien visible, semble se développer davantage et ne se laisse toujours pas comprimer. Le professeur Léon Bernard, et le Docteur Triboulet décident d'hospitaliser la malade, afin de pratiquer la section des brides qui empêche le collapsus total. Le Docteur Triboulet pratique la section des brides le 23 janvier 1930 : le thorascope est facilement introduit dans la région axillaire antérieure. On repère aisément les deux brides qui ont l'aspect de deux cordons. La bride la plus basse est entièrement fibreuse d'aspect, alors que la bride supérieure contient du tissu pulmonaire dans sa moitié viscérale. La première bride est très rapidement sectionnée à 1 cm. de la paroi ; la deuxième bride, plus haut située et plus large, est sectionnée en quelques minutes ; le poumon semble entièrement libéré.

Dès le lendemain de l'intervention, la toux et l'expectoration cessent. Le 12 février, les insufflations sont reprises, mais comme il existait une réaction liquidienne antérieurement à la section de brides, on pratique, le 24 février 1930, une ponction de 500 cm³ suivie d'insufflation : —16 450 + 4.

Dans les jours suivants, les clichés radiographiques et les examens radioscopiques semblent montrer toutefois une petite évolution du côté opposé au pneumothorax. En même temps, petite poussée de température oscillante. Toutefois, depuis la section de brides, les examens de laboratoire ne montrent plus la présence de B. K. Les insufflations sont poursuivies régulièrement,

ainsi, le 31 mars 1930 : —16 450 + 4,

9 avril 1930 : —15 300 + 4.

En fin avril, le liquide a très sensiblement diminué.

D'autre part, les signes de bilatéralisation qui

avaient été soupçonnés ne paraissent pas se confirmer. On poursuit les insufflations tous les 8 jours sans pousser (150 à 200 cm³),

ainsi, le 28 mai : —13 150 —10.

25 juin : —13 160 —9.

La malade est au 8^e mois de sa grossesse qui se poursuit sans incidents. Dernière insufflation, 18 juillet 1930 : —15 350 —10.

La malade entre en travail le 28 juillet à midi, elle est envoyée à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), et est admise à la salle de travail le 29 juillet à 2 h. 20 du matin. A 5 h. 45, dilatation complète ; à 6 h. 30, accouchement spontané d'une fille vivante pesant 2 kilos 480. A 7 h. 30 délivrance naturelle et complète, poids 440 grs. Suites de couches : les trois premiers jours, pas de température, du 4^e au 9^e jour, température aux environs de 37°8 puis retour à la normale.

L'enfant vacciné au B.C.G. est séparé, bien portant actuellement, il se trouve en province, dans la famille de la malade.

La malade, chez qui on avait commencé un traitement par les sels d'or, associé au pneumothorax quelques semaines avant l'accouchement, se sentant bien à la sortie de la Maternité, au lieu de rentrer à Laënnec, comme il avait été convenu, rentre chez elle et se remet à travailler ; elle vient toutefois assez régulièrement à la consultation du Dispensaire Léon Bourgeois.

En septembre, bien que la malade ait repris du poids et ne tousse plus, on constate dans la région parahilaire gauche la présence d'un léger flou, confirmation probable des ombres suspectes observées en février. Les insufflations sont poursuivies.

ainsi, 1^{er} octobre 1930 : —12 150 —3.

12 novembre : —15 200 —6.

24 décembre : —22 300 —6.

A cette date, l'auscultation révélant à gauche quelques râles bulleux dans la fosse sus-épineuse, la malade est à nouveau hospitalisée à l'Hôpital Laënnec. A ce moment, la radiologie montre la persistance d'un bon collapsus à droite avec une goutte de liquide dans le cul-de-sac.

Une image lacunaire estompée se distingue encore confusément. On note à gauche un semi de petites taches dans la région cléido-hilaire, deux ou trois petites images arrondies et douteuses sont également observées à la partie moyenne.

Les insufflations sont poursuivies, mais d'une façon beaucoup plus espacée toutes les six semaines environ en raison de l'inexpansibilité du moignon pulmonaire. D'autre part, les injections de crisalbine sont continuées régulièrement à la dose de 0 gr. 10. En fin février, la malade ne maigrit plus, son état s'améliore, elle sort de Laënnec le 15 mars, à ce moment son état est relativement satisfaisant. Elle revient ensuite se faire suivre régulièrement au Dispensaire Léon-Bourgeois.

Effet favorable de la grossesse chez une tuberculeuse soignée par un pneumothorax. — Tuberculose ulcéro-caséeuse, à marche évolutive rapide, avec spéculation du sommet droit, traitée par un pneumothorax artificiel droit depuis 18 mois. — Au bout de quatre mois de traitement, la malade, nettement améliorée, supporte parfaitement une grossesse qui semble aider la collapsothérapie et mène à bien cette gestation. — Actuellement, six mois après l'accouchement, la malade se trouve en bon état général. — Les insufflations sont poursuivies régulièrement. — L'accouchement n'a pas eu d'effet défavorable.

OBSERVATION N° 8

Mme Beurd. Georgette, 21 ans.

La malade, dont les parents et le frère sont morts de tuberculose pulmonaire, fait, à l'âge de 2 ans, une scarlatine, à l'âge de 6 ans une rougeole compliquée de bronchite et d'angine, avec albumine ; à 17 ans (année 1926) nouvelle bronchite traînante suivie d'une congestion pulmonaire de la base droite ; dans les semaines suivantes : toux, amaigrissement avec température à 40°. La malade fait un séjour de 6 mois en Auvergne, mais à son retour la radioscopie montre un voile du sommet droit.

En juillet 1928, à l'âge de 19 ans, après un nouveau séjour de 6 mois à la campagne, la malade se marie.

En juin 1929, au cours d'une première grossesse, elle entre à la Maternité de Lariboisière où elle fait une fausse couche de 6 mois (enfant macéré depuis 2 mois).

Depuis le début de cette première gestation, la malade a commencé à maigrir progressivement, à tousser et à présenter des sueurs nocturnes.

En septembre 1929, apparaît une température vespérale et la malade se met à cracher. Fin septembre, elle vient consulter au Dispensaire Léon Bourgeois. L'examen révèle alors des signes de condensation pulmonaire aux 2 sommets, mais surtout à droite et l'on entend également des râles fins à la base droite. La malade entre le 17 octobre 1929 à la salle Mosny, à l'Hôpital Laënnec. A ce moment, la malade a maigri de 12 kilos depuis six mois et elle présente un aspect pâle, émacié, l'état général paraît profondément atteint, il existe une rétraction costale très nette à droite. L'examen de l'expectoration révèle la présence de nombreux bacilles de Koch. Les examens radioscopiques et radiographiques mettent en évidence, au niveau du poumon droit : une attraction médiastinale sur toute la hauteur du champ pulmonaire, en outre taches et marbrures particulièrement confluentes dans la région hilare et enfin, au sommet, une plage claire suspecte.

A gauche, on se trouve en présence d'une image sensiblement normale. Le 30 octobre, un nouvel examen met en évidence la présence à droite d'une respiration soufflante, particulièrement au sommet avec de nombreux craquements après la toux, en particulier dans la fosse sus-épineuse ; dans tout le reste du champ pulmonaire, petit râles bulleux, surtout nombreux après la toux, en avant : râles bulleux dans les 3/4 inférieurs du champ pulmonaire, ainsi que dans le creux axillaire, à gauche l'auscultation ne révèle rien d'anormal.

A cette date, la radiographie met en évidence au *sommet droit* une vaste *spélonque*, dans toute

la partie interne du champ pulmonaire une condensation non homogène plus marquée à la partie moyenne; enfin, dans la moitié externe, quelques taches, le reste du champ pulmonaire ayant l'aspect de mie de pain caractéristique.

Le poumon gauche semble normal, à part une très légère ombre au sommet. Devant l'intensité des lésions droites, le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet décident d'instituer sans tarder un pneumothorax droit.

Depuis son entrée à la Salle Mosny, la malade présente d'ailleurs une température vespérale aux environs de $37^{\circ}8$. La 1^{re} insufflation a lieu le 9 novembre 1929 : —3 300 air 175 oxy. —2. La 2^e insufflation a lieu le 9 novembre 1929 : —6 oxy. 150 air 350 —4. On poursuit ensuite, d'abord le 13 novembre : —6 300 —2, et le 21 novembre : —10 500 —4, puis, par la suite, les insufflations sont poursuivies régulièrement tous les 8 jours. Dès le début, la radioscopie montre qu'on a obtenu un bon décollement, sauf au sommet où on voit toujours la spéléonque et où il subsiste une bride. Une section de bride a été refusée par la malade.

La malade augmente régulièrement de poids, le 2 premiers mois, elle gagne 1 kilo par mois.

11 décembre 1929 : —12 450 —10.

à cette date, on a toujours un collapsus satisfaisant, sauf toutefois 3 *adhérences visibles à la partie supérieure*; d'autre part, l'image lacunaire est toujours visible, au sommet, à la partie supérieure du moignon pulmonaire.

27 janvier 1930 : —20 600 —8, la malade crache encore un peu.

26 février 1930 : —17 550 —5, on note toujours la présence de bacilles de Koch.

Le pneumothorax est poursuivi régulièrement tous les 8 jours.

Dans le courant du mois d'avril 1930, la malade est au 2^e mois d'une grossesse (dernières règles, 4 janvier 1930).

Le 22 avril, insufflation : —12 500 —5.

On continue régulièrement chaque semaine les insufflations. Ainsi, 7 mai 1930 : —12 550 —3 à cette date, amélioration très notable : la malade a augmenté de 4 kilos en 6 semaines, la toux et l'expectoration ont considérablement diminué. A partir de cette époque, jusqu'au début du mois de septembre suivant, les examens de laboratoire ne mettront plus en évidence la présence de Bacilles de Koch. Depuis le début de sa grossesse, il s'est donc produit une amélioration très sensible.

5 juin 1930 . —12 500 —6, on voit toujours une image lacunaire dans le moignon inter-cléido-hilaire, son diamètre a cependant diminué.

Dans le courant du mois de juin, la malade prt au Santorium de Bligny, elle y reste jusqu'en septembre suivant. Le 11 septembre, on trouve de nouveau des bacilles de Koch, la malade est admise à Laënnec, elle y restera jusqu'à son accouchement. Les insufflations y sont poursuivies régulièrement tous les 8 jours.

25 septembre : —11 450 —7.

17 octobre : —14 450 —7.

La malade est presque à terme, elle est insufflée une dernière fois le 24 octobre: —12 400 —7, et entre à Baudelocque le 29 octobre, à 13 heures ; admise à la salle de travail à 17 heures, elle accouche spontanément le 30 octobre à 1 heure du matin d'une fille vivante pesant 3 kilos 410 grs. Délivrance naturelle et complète à 1 h. 30, poids 770 grs. Suites de couches : pas de température, sauf 38° le second jour. L'enfant, vacciné au B.C.G., et séparé de la mère, est actuellement à la campagne et se porte bien.

Les insufflations sont poursuivies :

Le 12 novembre 1930 : —8 300 —5.

elles ont lieu régulièrement tous les 8 jours :

Le 26 novembre 1930 : —13 325 —7.

Le 10 décembre : —11 425 —3.

Le 24 décembre : —12 375 —4.

Le 11 janvier 1931 : —12 300 —5.

Actuellement, 6 mois après l'accouchement, la malade se trouve en bon état général, elle a repris son travail, les insufflations sont poursuivies régulièrement. L'accouchement n'a pas déterminé de modifications dans l'allure générale de la maladie.

Tuberculose ulcéro-caséuse à marche évolutive rapide, avec spéléonque à la partie moyenne du poumon droit, traitée par un pneumothorax artificiel pendant cinq ans. — Au bout de trois ans de traitement, la malade, considérablement améliorée, supporte parfaitement bien une grossesse. — La collapsothérapie lui permet de mener à bien cette gestation. — L'accouchement, particulièrement pénible, n'a eu aucune action défavorable. — Actuellement, dix-huit mois après l'accouchement, plus de trois mois après l'arrêt des insufflations, la malade se trouve en merveilleux état général et jouit d'une santé parfaite.

OBSERVATION N° 9

Mme Mac. Marcelle, 28 ans.

La malade a perdu son père de tuberculose pulmonaire, elle a d'autre part été très longtemps en contact avec une compagne d'atelier atteinte de tuberculose pulmonaire et décédée depuis.

En février 1926, à l'âge de 23 ans, après une angine traînante, la malade se met à tousser et à cracher, en outre, elle maigrit beaucoup. Comme elle présente un peu de température le soir, et qu'elle a d'abondantes sueurs nocturnes, elle se décide à venir consulter à l'Hôpital Cochin (Service du Docteur Pissavy). La malade est admise le 6 mars 1926.

A son entrée, l'auscultation révèle à droite, la présence de nombreux et gros râles humides, la radiologie met en évidence une grisaille diffuse du sommet droit, qui ne s'éclaire pas du tout à la toux. Il existe d'autre part, à la partie moyenne du poumon, une large zone d'infiltration à point de départ interlobaire, ou plutôt hilaire, le hile lui-même pré-

sente un aspect congestif et flou. Au cours du mois de mars, les signes physiques s'accroissent et la radiographie met en évidence la présence d'une splénomegalie de dimension moyenne occupant la partie moyenne du champ pulmonaire droit, à ce moment d'ailleurs, l'expectoration est devenue bacillifère.

Le Docteur Pissavy institue un pneumothorax artificiel droit: première insufflation en pression négative, 1^{er} avril 1926: 300 cm³. Les insufflations sont poursuivies régulièrement d'abord deux fois puis une fois par semaine.

Dès la troisième séance, on a obtenu un bon décollement ; on augmente progressivement la quantité d'air insufflé à chaque fois et l'on parvient ainsi aux alentours de 5 à 600 cm³. Dès le début des insufflations, la malade a éprouvé une grande amélioration, elle engraisse, ne tousse plus, ne crache plus. Elle part en mai 1926, au Sanatorium de Bligny où le Docteur Guinard poursuit régulièrement ses insufflations.

Elle revient à Paris, au début de 1927. Le Docteur Guinard continue à l'insuffler régulièrement pendant trois ans et demi. Il n'y a jamais eu de liquide, l'état de la malade est parfait, elle engraisse de 20 kilos en trois ans. Au cours du traitement, la malade commence une grossesse (dernières règles, 10 février 1929, cette grossesse est parfaitement bien supportée par la malade). Le 28 novembre 1929, la malade entre à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire). Le travail commence le 30 novembre, à 20 heures (O.I.G.A.). Au bout de plus de 45 heures, après une rupture prématurée des membranes, la dilatation reste toujours stationnaire (petite paume). Les bruits du cœur de l'enfant faiblissent, et la mère paraissant très fatiguée, on pratique l'incision du col, puis on fait une application de forceps et l'on extrait un garçon qui ne put être

ranimé. Les suites de couches furent assez fébriles, la malade ayant fait une légère réaction inflammatoire au niveau de la cicatrice cervicale. Cependant, le 15^e jour, tout rentre dans l'ordre et la malade, en bon état, sort de Baudelocque, le 21^e jour.

Pendant son séjour à la Maternité, la malade a été réinsufflée deux fois,

Le 7 décembre : —2 525 +1.

Le 21 décembre : —5 500 +1.

Après sa sortie de la Maternité, elle continue à se faire insuffler régulièrement, ainsi 31 décembre 1929 : —3 450 +1. En janvier, février, mars 1930, les insufflations sont poursuivies tous les 15 jours, elles sont de 3 à 400 cm³ à chaque séance.

En avril, mai, juin, juillet, août, les insufflations ont lieu toutes les trois semaines elles sont de 5 à 600 cm³ à chaque fois. Par la suite, la malade engraisant beaucoup, on reste aux alentours de 400 cm³ à chaque séance.

A partir du mois de septembre, la malade, qui se croyait, à tort, enceinte, vient consulter à la Maternité de la Pitié (Service du Professeur Jeannin). Ses insufflations y sont poursuivies régulièrement par les soins du Docteur Minvielle,

ainsi, le 15 décembre 1930 : —4 400 +1.

le 3 janvier 1931 : 0 375 0.

la dernière insufflation a lieu le 20 janvier 1931 : 0 300 +1. On décide, à cette date, d'arrêter les insufflations, nous avons pu constater alors et depuis, que la malade, qui a repris son existence normale et a encore engraisé de plus de 6 kilos, présente un magnifique aspect général 18 mois après l'accouchement.

Cortico-pleurite bacillaire à tendance rapidement évolutive, traitée par un pneumothorax artificiel. — Au bout de dix mois de traitement, la malade, nettement améliorée, supporte parfaitement bien une grossesse. — La collapsothérapie lui permet de mener à bien cette grossesse. — Six mois après l'accouchement, devant un syndrome de bilatéralisation, on arrête le pneumothorax droit, l'évolution de ce côté paraissant arrêtée, et on en institue un gauche. — Sept mois après, le collapsus gauche est régulièrement poursuivi. — La malade, qui a repris son travail, présente un état très satisfaisant.

OBSERVATION N° 10

M^{me} Ver. Marguërite, 28 ans.

Le début de la maladie remonte au mois de mars 1928. A cette époque, la malade, qui s'était beaucoup surmenée dans son travail, contracte une grippe à la suite de laquelle elle commence à tousser.

Peu après, cependant, la malade se marie, son état ne s'améliorant pas, elle entre en juin 1928, à la Clinique de l'Hôpital Saint-Antoine (Service du Professeur Bezançon), elle présente, à ce moment, une bronchite accompagnée d'une laryngite banale. Très améliorée, la malade sort de l'Hôpital le 28 juillet, et part à la campagne, mais elle prend froid, se remet à tousser et entre à nouveau à Saint-Antoine, le 25 septembre.

A ce moment, elle a pas mal maigri, accuse de nombreux points de côté à droite, présente une température vespérale aux environs de 38°, tousse et crache abondamment.

L'examen pratiqué alors montre à la percussion

uen matité très accusée au niveau du tiers inférieur du poumon droit. L'auscultation et la radiologie révèlent, d'ailleurs, l'existence d'une condensation lobaire. En outre, l'expectoration est bacillifère, on décide d'instituer un pneumothorax.

La 1^{re} insufflation a lieu le 27 septembre 1928 :
—6 250 —4.

la 2^e insufflation, le 29 sept. : —10 400 —6.

la 3^e insufflation, le 3 octobre : —4 200 —6.

Les insufflations sont poursuivies régulièrement 2 fois puis une fois par semaine. On insuffle en moyenne 2 à 300 cm³ d'air.

Dès le 15 octobre, on a obtenu un bon décollement sur presque toute la hauteur, il subsiste seule une petite adhérence.

Ainsi, 18 décembre 1928 : —8 250 —6.

5 mars 1929 : —6 200 0

(à cette date, la bride du sommet persiste).

21 mai 1929 : —6 250 —4.

A ce moment, la malade commence une grossesse. Les insufflations sont poursuivies régulièrement,

23 août : —10 175 0.

25 octobre : —12 200 —10.

à ce moment, la malade est au sixième mois de sa grossesse, qui est très bien supportée, l'expectoration n'est plus bacillifère depuis plusieurs mois, 26 novembre 1929 : —10 200 —4.

À cette date, on a obtenu un collapsus total. La malade étant au 7^e mois de sa grossesse, les insufflations sont poursuivies régulièrement sans pous-ser, 31 décembre : —10 200 —4.

A ce moment, la malade est presque au terme de sa grossesse, on insuffle encore

le 10 janvier 1930 : —10 150 —4.

le 17 janvier : —12 150 —1.

Le 19 janvier, la malade est transportée à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine (Service du Profes-

seur Ag. Lévy-Solal), elle entre en travail le 22 janvier, à 22 heures (O.I.G.A.).

Pour lui éviter un fatigue, on pratique une application de forceps au détroit inférieur et l'on extrait à 24 heures 40, une fille vivante pesant 3 kilos 030. Délivrance naturelle et complète à 1 h. 20, poids 650 grs. Suites de couches normales sans incident. L'enfant, séparé de la mère et envoyé en placement familial, se porte bien actuellement.

La malade est réinsufflée à la Maternité le 25 janvier : —12 150 —2, nouvelle insufflation dans les mêmes conditions le 24 février. La malade rentre chez elle et revient se faire insuffler régulièrement au centre de triage, bon état général, l'expectoration n'est toujours pas bacillifère,

ainsi, le 18 février 1930 : —8 150 —6,

le 1^{er} avril : —4 150 —4,

le collapsus est toujours complet.

Cependant, comme au mois de mai, on note un léger déplacement médiastinal vers la droite, on décide d'insuffler doucement,

ainsi, le 24 mai : —12 125 —10.

le 8 juillet : —14 100 —9.

Le déplacement persistant, on continue à insuffler légèrement d'une façon plus espacée.

Vers la fin juillet, les examens radiologiques montrent la présence de taches suspectes paraissant se développer sur le poumon gauche, d'autre part, on entend à l'auscultation de nombreux et gros râles à gauche. Enfin, l'expectoration est, à nouveau, bacillifère.

En conséquence, on suspend les insufflations du côté droit, où l'évolution paraît arrêtée et où persiste toujours un très bon collapsus et on décide d'instituer un pneumothorax gauche. Première in-

sufflation à gauche, le 26 août 1930 : —6 100 —8 ;
deuxième le 31 août : —10 150 —10.

Les insufflations sont poursuivies deux fois,
puis une fois par semaine,

Ainsi, 23 septembre : —12 200 —10.

31 octobre : —12 200 —12.

En novembre, la radioscopie montre un très bon
décollement du sommet. Les insufflations sont pour-
suivies régulièrement par nos soins, la malade com-
mence à engraisser.

En décembre 1930, on a obtenu un décollement
complet. A cette date, le poumon droit présente en-
core un manque de transparence, mais il n'y a plus
de lésion visible. Les insufflations sont poursuivies,

ainsi, 24 décembre 1930 : —12 175 —8.

26 janvier 1931 : —8 200 —6.

Les insufflations sont poursuivies dans les mêmes
conditions par la suite.

En fin mars 1931, la malade, qui a repris son
travail, présente un état général tout à fait satisfai-
sant.

Son enfant, envoyé à la campagne, se porte fort
bien.

Tuberculose ulcéro-caséeuse bilatérale à prédominance droite, avec nombreuses spélonques de petites dimensions au sommet droit, à tendance rapidement évolutive. — L'institution d'un pneumothorax artificiel, qui se révèle immédiatement efficace, permet à la malade de supporter une grossesse au bout de dix-huit mois de traitement. — Grâce à la collapsothérapie poursuivie régulièrement, l'accouchement n'a aucune action défavorable. — Six mois après l'accouchement, le traitement est régulièrement poursuivi. — La malade, qui a repris son travail, est en parfait état général.

OBSERVATION N° 11

M^{me} Taul. Jeanne, 35 ans.

La malade, mariée à 22 ans, a mené à terme cinq grossesses, la dernière, au cours de l'année 1927 (accouchement en novembre). Depuis le début de cette cinquième gestation, la malade, déjà fatiguée par ces grossesses successives, et travaillant dans de mauvaises conditions, s'est sentie fatiguée, surmenée en outre dans son ménage, elle maigrit de 8 kilos.

Au début de janvier 1928, alors qu'elle allaitait son 5^e enfant, elle se met à tousser et à cracher, et présente en même temps une température vespérale aux alentours de 38°; enfin, son amaigrissement s'accroît considérablement (18 kilos en un mois). C'est dans ces conditions qu'elle se décide à venir consulter au Dispensaire Léon Bourgeois, en juin 1928. A ce moment l'auscultation révèle la présence au sommet droit de nombreux râles gargouillants,

s'accompagnant d'une respiration soufflante. Les examens radiologiques mettent, d'autre part, en évidence, la présence à droite d'une plage d'ombre non homogène de la moitié supérieure du champ pulmonaire droit, avec de multiples images spéléonquaires sous la clavicule. Dans la moitié inférieure du champ pulmonaire, se trouvent disséminées de nombreuses taches et marbrures ; des marbrures foncées existent à gauche entre le hile et la clavicule. L'expectoration renferme, d'autre part, de nombreux B. K.

La malade, qui accuse de nombreux points de côté à droite, et dont l'état général est profondément atteint, est hospitalisée à l'Hôpital Laënnec où le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet décident d'instituer un pneumothorax artificiel droit. La première insufflation a lieu le 21 juillet. Dès les premières séances, le collapsus se révèle immédiatement efficace. Vers le 1^{er} septembre, on a obtenu un collapsus complet. Les insufflations sont poursuivies, ainsi 26 septembre : —16 600 —8.

A cette date, l'examen des crachats est négatif.

Le 28 septembre, la malade part faire une cure sanatoriale à la Tuyolle, où elle reste un an environ.

Les insufflations y sont régulièrement poursuivies,

ainsi, 14 novembre 1928 : —16 400 —5,

2 janvier 1929 : —9 375 —4,

11 février 1929 ; 12 150 +6.

A cette époque, on note la présence de liquide et on diminue la quantité d'air insufflée, ainsi 10 avril :

—6 60 +1. On fait une ponction de 400 cm³, on insuffle 200 cm³ et on augmente progressivement les quantités d'air insufflées,

ainsi, 2 octobre 1929 : —6 300 —6.

16 décembre : —18 300 —4.

Pendant tout son séjour au Sanatorium, la malade engraisse progressivement, son état général s'améliore considérablement, elle ne tousse plus, ne

crache plus, ne présente plus de température ; on ne retrouve plus jamais de B. K.

D'abord pratiquées tous les huit jours, puis tous les 15 jours, les insufflations, à partir du mois de septembre 1929, n'ont plus lieu que toutes les trois semaines.

La malade rentre chez elle à Paris et revient se faire insuffler régulièrement au Dispensaire Léon Bourgeois, ainsi, 19 fév. 1930 : —14 250 —3.

2 avril 1930 : —14 250 +16.

A ce moment, la malade, qui avait présenté ses règles pour la dernière fois au début du mois de février, est au deuxième mois d'une grossesse très bien supportée. Les insufflations sont poursuivies régulièrement, ainsi, 25 juin : —16 225 +6.

8 octobre : —30 300 —4.

L'état général est toujours parfait, la malade, qui est examinée régulièrement à la Clinique Baudelocque, supporte bien sa grossesse, elle présente toutefois un bassin généralement rétréci.

Le 3 novembre 1930, la malade étant près du terme, dernière insufflation : —20 350 —2. La malade est dirigée le jour même sur la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire). Elle entre en travail le 10 novembre à 2 h. 30 et est admise à la salle de travail à 8 h. 30 (O.I.G.A.). A 8 h. 50, dilatation complète, et, malgré le bassin rétréci, le dégagement en O. P. s'accomplit normalement. L'accouchement naturel d'une fille vivante pesant 3 kilos 320 a lieu à 9 heures. Délivrance naturelle et complète, poids 780 grs, à 9 h. 30.

L'enfant, séparé de la mère et envoyé à la campagne, se porte bien actuellement.

Suites de couches à peu près normales : un clocher de température à 39° le 5^e jour, puis retour à

la normale. La malade a très bien supporté son accouchement.

Après sa sortie de la Maternité, elle revient se faire insuffler régulièrement à l'Hôpital Laënnec, ainsi 3 décembre 1930 : —16 170 + 1.

La malade reprend son existence normale et travaille régulièrement.

En avril 1931, l'état général et pulmonaire de la malade est toujours parfait.

Tuberculose ulcéro-caséeuse évolutive du côté droit à tendance évolutive rapide. — L'institution d'un pneumothorax permet à la malade de mener à bien une grossesse survenue au cours du traitement. — Deux ans après l'accouchement, devant un syndrome de bilatéralisation, on décide d'instituer un second pneumothorax du côté gauche, tout en poursuivant régulièrement le pneumothorax droit. — Actuellement, près d'un an après l'institution du second pneumothorax, trois ans après l'accouchement, la malade, qui a repris son existence habituelle, présente un état très satisfaisant. — Les deux collapsus sont régulièrement poursuivis.

OBSERVATION N° 12

Mme Cor. Alice, 25 ans.

La malade, qui a présenté des bronchites à répétition dans son enfance, commence à tousser, à cracher et à maigrir à partir du mois de janvier 1926. Son état décline rapidement et, en septembre, elle présente plusieurs hémoptysies successives qui la décident à venir consulter au Dispensaire Léon Bourgeois. L'auscultation, à ce moment, révèle la présence de lésions évolutives du champ pulmonaire droit que les examens radiologiques mettent en évidence.

Le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet décident d'instituer un pneumothorax droit qui est commencé au mois de novembre 1926. Dès le début, on obtient un bon décollement, le collapsus se montre immédiatement efficace. L'état de la malade s'améliore considérablement. En mars, la malade part à Brévannes où ses insufflations sont

régulièrement poursuivies. En juillet, la malade rentre chez elle et revient régulièrement tous les 15 jours, se faire insuffler à l'Hôpital Laënnec,

ainsi, 14 septembre 1927 : —12 300 —8.

16 novembre : —18 450 —8.

14 décembre : —14 300 —6.

A ce moment la malade qui n'a plus ses règles depuis le mois d'octobre, est au deuxième mois d'une grossesse qui est fort bien supportée. Les insufflations sont poursuivies régulièrement,

ainsi, 28 mars 1928 : —12 350 —4.

18 avril : —12 350 —4.

En fin mai, la malade est près du terme, elle accouche spontanément en ville au début du mois de juin, d'une fille vivante pesant 2 kilos 900. Suites de couches normales.

Par la suite, les insufflations sont poursuivies régulièrement, tous les 15 jours environ,

ainsi, 20 juin : —10 300 —6,

4 juillet : —16 400 —6,

15 juillet : —12 375 —5,

1^{er} août : —10 325 —6.

mais depuis le mois de juin, la malade a d'abondantes métrorragies.

Au mois d'août, on pratique un curettage, les hémorragies cessent, elles ont cependant beaucoup fatigué la malade, qui a maigri de près de 6 kilos en 6 mois. Les insufflations sont toutefois régulièrement poursuivies,

ainsi, le 31 octobre : —14 375 —6,

12 décembre : —13 375 —6.

Mais le fléchissement de l'état général survenu à la suite des hémorragies, s'accroissant, et le côté gauche paraissant suspect, la malade entre à nouveau à Laënnec en février 1929. A ce moment, l'auscultation montre une respiration rude et granuleuse au niveau du poumon gauche, tandis que la radio-

logie met en évidence l'existence de petites taches au-dessus de la partie interne de la clavicule et sous sa partie externe. A droite, le collapsus est toujours parfait, il est sec, efficace et total.

Les insufflations sont poursuivies à l'Hôpital, ainsi, 26 février : —10 300 —6. La malade, très améliorée, sort le 3 mars, ne toussant plus, ne crachant plus, et revient régulièrement se faire insuffler.

Elle part à Ivry en juin, puis en août à Angicourt, le traitement est toujours poursuivi, elle rentre à Paris, en janvier 1930 et, peu après, à l'occasion d'une forte grippe, elle se remet à cracher et à tousser abondamment. L'examen au Dispensaire Léon Bourgeois, montre la présence de nombreux B. K. D'autre part, à la radiologie, on voit que les taches du champ pulmonaire gauche sont développées et tendent à confluer. A l'auscultation, respiration rude à gauche.

En fin mars, les taches et marbrures du champ pulmonaire à gauche, ont pris un grand développement ; on note en outre, au niveau de la partie supérieure de la région hilare, deux petits contours lacunaires.

Le Docteur Triboulet décide l'institution d'un pneumothorax gauche, tout en poursuivant le pneumothorax droit.

1^{re} insufflat. à gauche, le 1^{er} avril 1930 : —14 300 —6

2^e insufflat. à gauche, le 3 avril 1930 : —14 400 —1

On insuf. de nouveau à droite le 4 avr. : —10 275 —6

3^e insufflat. à gauche le 7 avril 1930 : —14 450 —9

4^e insufflat. à gauche, le 16 avril 1930 : —14 475 —6

Par la suite, les insufflations sont poursuivies régulièrement tous les huit jours à gauche, tous les 15 jours à droite. Dès le mois de juillet, on a obtenu un résultat très satisfaisant, la malade ne tousse plus, ne crache plus, se sent beaucoup mieux.

Bien qu'il subsiste une assez large adhérence sous la clavicule, au niveau du pneumothorax gauche, le collapsus se révèle efficace. On poursuit le traitement,

ainsi, le 3 décembre 1930....	—6	275	—3,
le 5 décembre, à droite.....	—14	225	—8,
le 5 janvier 1931, à gauche..	—10	250	—3,
le 22 janvier 1931, à droite..	—14	225	—9.

Au début de février, la malade part en cure sanatoriale à la Tuyolle, son traitement y est poursuivi. En fin avril, la malade reprend son existence habituelle, tout en continuant à se faire insuffler régulièrement ; l'état général est très satisfaisant.

Son enfant, vacciné au B.C.G., séparé dès sa naissance et envoyé en placement à la campagne, est actuellement toujours très bien portant.

Tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale à tendance très rapidement évolutive avec caverne du sommet droit et mauvais état général. — L'institution d'un pneumothorax artificiel, qui améliore très sensiblement l'état de la malade, lui permet, en cours de traitement, de mener à bien une grossesse. — Cependant, trois mois après l'accouchement, les lésions du côté opposé, qui se sont développées progressivement, s'aggravent de plus en plus, et la malade meurt un an après.

OBSERVATION N° 13

Mme Pel. Julie, 25 ans.

La malade, qui a fait, en janvier 1927, une grippe avec bronchite à évolution traînante, a continué par la suite à tousser et à cracher. D'autre part, son état général s'est mis à décliner rapidement : fatigue continuelle, asthénie profonde, amaigrissement considérable, température vespérale assez élevée.

Elle entre, en avril 1927, à l'Hôpital Saint-Antoine, en mauvais état général. A son entrée, l'auscultation met en évidence la présence d'assez gros râles humides des deux côtés ; ces râles sont surtout nombreux à droite où l'atteinte est manifestement très marquée. De ce côté, en effet, ces râles à timbre de gargouillants accompagnent au sommet un souffle cavitaires. L'examen radiologique confirme l'atteinte bilatérale et montre les graves lésions droites : au sommet droit, en effet, large zone de condensation centrée par une vaste caverne. Enfin les crachats renferment d'innombrables B. K.

Malgré l'atteinte bilatérale, devant l'évolution

rapide des lésions droites, le Professeur Bezançon et le Docteur Braun décident d'instituer sans tarder un pneumothorax artificiel droit, première insufflation, le 20 mai 1927 : —6 250 ; Deuxième, 24 mai —10 250 —10.

La radioscopie montre un léger décollement du sommet. Le diaphragme est très peu mobile. Les insufflations sont poursuivies par la suite, aux alentours de 300 cm³ à chaque séance.

En juin, on a obtenu un bon décollement, mais le diaphragme est toujours immobile. En septembre, apparition de liquide, on continue à insuffler modérément. La malade a engraisé de 7 kilos depuis le début du traitement, mais l'expectoration est toujours bacillifère. On poursuit les insufflations comme par le passé, ainsi le 7 février 1928 : —14 300 —6.

A cette époque, on aperçoit encore confusément l'image spélonquaire sur le moignon pulmonaire rétracté. D'autre part, à ce moment, la malade commence une grossesse.

Le traitement est poursuivi comme précédemment et l'expectoration est toujours bacillifère.

En juillet, la malade est au 7^e mois de sa grossesse qui évolue normalement, elle ne crache presque plus et vient se faire insuffler tous les 10 jours,

ainsi, le 24 juillet 1928 : —4 300 —2.

18 septembre : —10 250 —8.

28 septembre : —7 300 —10.

La malade, étant près du terme, est dirigée à ce moment, sur la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine (Service du Professeur Ag. Lévy-Solal). Le travail commence le 4 octobre, à 21 heures (présentation S.I.G.A.), siège décomplété, mode des fesses. Pour éviter une fatigue à la mère, on termine assez rapidement le 5 octobre, à 17 h. 45, l'extraction

par le siège : l'enfant, un garçon vivant pesant 3 kilos 320, est vacciné au B.C.G. et séparé de la mère. Délivrance naturelle et complète à 18 h. 10, poids 570 grs. Suites de couches normales. La malade est réinsufflée à la Maternité le 11 oct. : —20 350 —10.
de même le 15 octobre : —12 300 —10.

Les insufflations sont poursuivies ensuite régulièrement au centre de triage tous les 10 jours, la quantité d'air insufflée à chaque fois est de 250 à 300 cm³.

Cependant, l'expectoration est toujours bacillifère.

En janvier 1929, de graves symptômes d'accentuations des lésions gauches apparaissent, la malade se remet à maigrir, on diminue les quantités d'air insufflées ; malgré tout, l'état général de la malade décline progressivement, elle meurt en novembre 1929.

Son enfant, placé à la campagne, est toujours en très bonne santé.

Tuberculose pulmonaire à forme hémoptoïque fibreuse congestive, à tendance rapidement évolutive, à localisation gauche marquée. — Malgré l'institution d'un pneumothorax artificiel gauche, les hémoptysies se répètent, l'évolution de la maladie n'est pas enrayée. — Cependant, au bout de deux ans de traitement, la collapsothérapie, qui a beaucoup amélioré l'état de la malade, lui permet de supporter et de mener à terme une grossesse, *mais la malade suspend son traitement au premier mois de sa gestation.* — Après l'accouchement, l'état de la malade reste satisfaisant pendant près d'un an, mais l'évolution de la maladie reprenant alors son cours, et la malade continuant à refuser le traitement, son état s'aggrave assez rapidement. Elle meurt quinze mois après l'accouchement.

OBSERVATION N° 14

Mme Cla. Berthe, 20 ans.

La malade, qui s'est mise à maigrir au cours de l'hiver 1926-1927, a présenté de petites hémoptysies depuis le début de l'année 1927, toussant beaucoup, crachant, se sentant excessivement fatiguée, elle entre à Saint-Antoine le 15 mars 1927.

A son entrée, on trouve de nombreux bacilles dans son expectoration. D'autre part, à l'auscultation, on entend de nombreux râles fins à gauche, ainsi qu'une diminution notable de la respiration. La radiologie montre, d'autre part, une diminution de transparence non homogène de tout le champ pulmonaire gauche, il existe en outre à ce niveau, un pinceautage très accusé, léger pinceautage à droite.

On se trouve donc en présence d'une tuberculose fibreuse à prédominance gauche très marquée. Le Professeur Bezançon et le Docteur Braun décident l'institution d'un pneumothorax artificiel gauche. La première insufflation a lieu le 8 avril 1927 : —8 200 —6 ; la seconde le 12 avril : —12 200 —10. Les insufflations sont poursuivies régulièrement sans pousser. Elles sont en moyenne de 250 à 300 cm³.

La malade présente d'ailleurs fréquemment des palpitations après les insufflations. L'état de la malade s'améliore sensiblement, elle continue cependant à tousser. En juillet, la malade fait une abondante hémoptysie ; revue à la radioscopie, on s'aperçoit qu'on a enfin obtenu un décollement complet.

Après quinze jours de repos, les insufflations sont reprises régulièrement, mais en septembre, il se produit une adhérence du sommet. On poursuit les insufflations sans pousser, mais les hémoptysies continuent et semblent coïncider avec l'époque des règles. Elles sont, en conséquence, suspendues à ces moments-là. En novembre, le collapsus est satisfaisant, mais le diaphragme est toujours peu mobile. La malade part en décembre, faire une cure sanatoriale. Elle revient le 19 juin 1928.

On a poursuivi les insufflations au sanatorium, mais en poussant davantage la compression, dépassant fréquemment 500 cm³. A la suite de ces fortes pressions, la malade a présenté de la dyspnée, des palpitations, des crises cardiaques et des élévations de température, aussi, dès sa sortie du sanatorium, elle a suspendu pendant un mois ses insufflations. Le Docteur Braun et le Docteur J. Frey-Ragu décident de ne plus insuffler la malade qu'une fois par mois, le décollement obtenu étant complet et le collapsus semblant tout à fait suffisant, en insufflant à chaque fois 350 cm³ environ,

ainsi, le 20 juillet : —16 350 —10.

le 14 septembre : —12 350 —6.

En fin novembre, le décollement est moins visible, aussi, il semble nécessaire, en fin décembre, de reprendre les insufflations au troquart, en les reprenant d'abord tous les 8 jours. D'autre part, à ce moment, la malade commence une grossesse ; mais au début de l'année 1929, elle refuse de poursuivre son traitement. Elle continue, cependant, à se faire examiner au centre de triage, où l'on constate, au cours de l'année 1929, qu'elle supporte bien sa grossesse.

La malade entre, le 18 août, à la salle de travail de la Maternité de la Pitié (Service du Professeur Jeannin), et accouche spontanément, le 19 août à 3 h. 15, d'un garçon vivant pesant 3 kilos 900. Délivrance naturelle et complète à 3 h. 40, poids 420 grs. Suites de couches normales. L'enfant meurt à 3 semaines de diarrhée verte.

En janvier 1930, la malade va bien et mène une vie normale. Cependant, à partir du mois de juillet, son état décline, elle continue cependant à refuser de se soigner et se remet à tousser et à cracher beaucoup. Elle se cachectise progressivement et meurt en décembre 1930.

Tuberculose ulcéro-caséuse évolutive à marche rapide, à prédominance droite, avec grosse caverne du sommet droit, traitée par un pneumothorax artificiel. — Le collapsus complet n'est pas obtenu. Il se produit cependant une certaine amélioration qui permet à la malade de supporter une grossesse au bout de deux ans de traitement. — Au début de cette gestation, une symphyse pleurale commande l'abandon de la collapsothérapie. — Au cours de la gestation, de graves signes de bilatéralisation apparaissent. La malade mène cependant à terme sa grossesse, mais elle meurt six semaines après l'accouchement.

OBSERVATION N° 15

Mme Chante. 30 ans.

La malade, qui présentait des lésions tuberculeuses ulcéro-caséuses en pleine évolution avec expectoration bacillifère, a été envoyée par le Dispensaire de son quartier au Sanatorium d'Angeville, où a été institué un pneumothorax droit, le collapsus complet n'a jamais pu être obtenu, une large adhérence scisurale a persisté toujours. La collapsothérapie et la cure sanatoriale avaient amené cependant une amélioration, la toux et l'expectoration avaient presque totalement disparu.

Les insufflations pratiquées au Sanatorium étaient en moyenne de 600 cm³ d'azote (P.I. —12 ; P.T. —2). En avril 1928, la malade arrive au centre de triage de l'Hôpital Saint-Antoine. Le Docteur Braun décide de continuer régulièrement les insufflations : 10 avril : —12 500 —8,
8 mai : —12 500 —5,

le traitement est poursuivi* de même par la suite, mais les quantités d'air insufflées à chaque fois ne dépassent pas 400 cm³.

Un an après, on diminue encore progressivement les quantités d'air, ainsi 20 août 1929 : —10 200 —8 ; en effet, il existe une attraction médiastinale.

A la fin du mois d'août, le décollement n'est plus bien visible qu'au sommet.

En septembre, il est presque impossible de voir le décollement, on doit employer le troquart à chaque insufflation. En fin septembre, on doit cesser les insufflations, une symphyse pleurale s'étant développée et les tentatives répétées au troquart n'aboutissant plus. D'autre part, à ce moment, la malade commence une grossesse (dernières règles du 15 au 20 août), mais bientôt, on note de l'autre côté de graves lésions à tendances excavantes.

En février 1930, les graves lésions gauches se sont considérablement développées, la grossesse cependant suit son cours et est assez bien supportée. En fin mai, la radiologie montre un gros bloc de condensation dans chaque poumon, ces blocs sont surmontés chacun de plusieurs spélonques. Depuis quelques mois, on trouve à nouveau de nombreux bacilles dans l'expectoration. La malade approche du terme de sa grossesse. Elle entre le 12 juin 1930, à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine (Service du Professeur Ag. Lévy-Solal), et accouche spontanément à 3 h. 30, d'un garçon vivant pesant 3 kilos 170. A 3 h. 50, délivrance naturelle et complète poids 590 grs. Les suites de couches sont très fébriles, la température reste aux alentours de 40°.

La malade entre au Pavillon des Bacillaires et meurt 5 semaines après l'accouchement.

L'enfant, séparé de la mère dès sa naissance, vacciné au B.C.G., et envoyé en placement à la campagne, est actuellement en bonne santé.

Tuberculose ulcéro-caséuse du poumon gauche à évolution rapide, soignée par un pneumothorax artificiel. — Au bout de deux ans de traitement, la malade, considérablement améliorée, supporte parfaitement bien une grossesse. — Après l'accouchement, la malade reste en très bon état général. — Cinq mois après, alors que son pneumothorax se poursuit régulièrement, la malade commence une seconde grossesse qu'elle mène également à bien. — Actuellement, trois mois après l'accouchement, la malade, qui continue à se faire insuffler, va toujours très bien.

OBSERVATION N° 16

Mme Ju. Lola, 24 ans.

La malade, originaire de Tchéco-Slovaquie, a perdu son père et sa sœur de tuberculose pulmonaire. Elle entre à l'Hôpital Boucicaut (Service du Docteur Courcoux), le 18 mars 1927.

A son entrée, la malade présente de graves lésions excavées du poumon gauche, son expectoration renferme de très nombreux bacilles de Koch et la radiologie montre de larges cavernes au sommet gauche.

En présence de cette tuberculose ulcéro-caséuse à marche évolutive rapide, le Docteur Courcoux décide d'instituer un pneumothorax artificiel gauche. La première insufflation a lieu le 3 avril 1927 : on obtient un assez bon décollement.

En juin 1927, la malade sort de l'Hôpital et vient régulièrement se faire insuffler au centre de triage où le Docteur Bidermann continue son traitement.

Près d'un an après, en février 1928, la malade se trouve en fort bon état local et général, son pneumothorax évolue favorablement, elle a engraisé de 9 kilos depuis le début du traitement. Elle reprend à cette époque, son métier de couturière, tout en venant régulièrement se faire insuffler tous les dix jours au centre de triage,

ainsi, le 16 novembre 1928 : —8 500 —6.

18 mars 1929 : —14 650 —6.

Le décollement est toujours satisfaisant, sauf tout à fait au sommet.

Au mois de mai 1929, on a obtenu un décollement complet, le collapsus est parfaitement efficace, on poursuit le traitement dans les mêmes conditions,

ainsi, le 21 juin 1929 : —9 600 —6,

le 29 juillet : —18 600 —8.

A ce moment, la malade, qui n'a plus ses règles depuis le mois de mars, est au 4^e mois d'une grossesse très bien supportée.

En septembre, le collapsus se maintenant moins bien, on rapproche les insufflations, la malade est toujours en parfaite santé, sa grossesse se poursuit normalement : 8 novembre : —14 600 —5.

Le 20 décembre, la malade étant presque à terme on l'insuffle pour la dernière fois : —12 600 —6. Elle est dirigée le même jour sur la Maternité de l'Hôpital Boucicaut (Service du Professeur Ag. Le Lorier). Comme il s'agit d'une présentation transverse, on effectue la version, et la malade entre à la salle de travail le 24 décembre, à 3 heures de l'après-midi. A 3 h. 15, on fait une application de forceps et l'on extrait un garçon vivant pesant 2 kilos 390. A 3 h. 40, délivrance naturelle et complète. Après la délivrance, il se produit une petite hémorragie qui nécessite des injections d'huile camphrée et d'hypophyse. Suites de couches : température vespérale aux environs de 37°8, 38°, jusqu'au 8^e jour. Ensuite,

retour à la normale. Le 6 janvier, la malade est réinsufflée à la Maternité : —22 700 —12. La malade rentre chez elle le 16^e jour et revient ensuite régulièrement aux insufflations au centre de triage tous les dix jours environ. Ainsi : 7 février : —12 600 —6. En avril, on diminue un peu les quantités d'air insufflées à cause d'un léger déplacement médiastinal. En juillet, on peut recommencer à insuffler comme auparavant. A ce moment, la malade est au 2^e mois d'une nouvelle grossesse, qui est fort bien supportée. Depuis plus de 3 ans, il n'y a jamais plus eu de bacilles dans les crachats. Le collapsus est régulièrement poursuivi au centre de triage. Ainsi, 1^{er} septembre : —9 500 —4. Nous l'avons suivi régulièrement depuis, et avons pu constater que son état général est toujours resté parfait. D'octobre à janvier, on insuffle en moyenne 5 à 600 cm³ d'air à chaque fois.

En janvier, la malade pèse 66 kilos.

Au 8^e mois de sa grossesse, la malade entre à la maternité de l'hôpital Boucicaut (Service du Professeur Ag. Le Lorier); le 1^{er} février 1931, elle présente en effet, à ce moment, une périphlébite du membre inférieur droit à surveiller. La malade est réinsufflée plusieurs fois à la Maternité. Dernière insufflation, le 10 mars.

La malade entre en travail le 10 mars, à 6 heures ; à 12 h. 30, la dilatation est complète. Pour éviter une fatigue à la mère, on fait une application de forceps et on extrait à 13 heures un garçon vivant pesant 3 kilos 470.

A 13 h. 30, délivrance naturelle et complète, poids 660 grs. Suites de couches normales.

La malade, en parfait état, sort de la Maternité le 25 mars. Elle revient ensuite régulièrement se

faire insuffler au centre de triage de l'Hôpital Boucicaut.

Actuellement, 3 mois après le 2^e accouchement, l'état de la malade est toujours extrêmement satisfaisant.

Les deux enfants, qui ont été chacun vaccinés au B.C.G., sont tous deux en parfaite santé.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséreuse évolutive, dont la marche rapide a été accélérée par l'intervention d'un pneumothorax spontané à gauche qui donna bientôt lieu à l'apparition de signes cavitaires. — L'institution d'un pneumothorax artificiel gauche suppléant et améliorant, bien qu'incomplètement, l'action du pneumothorax spontané, a permis à la malade d'obtenir assez rapidement un rétablissement très satisfaisant de son état général, en même temps qu'une atténuation très sensible des symptômes pulmonaires. — Plus de deux ans après, alors que la malade est toujours en cours de traitement, ne présentant plus de B. K. et ayant beaucoup engraisé, survient une grossesse qui fut fort bien supportée. — Quatre mois après l'accouchement, à la suite du chagrin causé par la mort de son mari, la malade présente un fléchissement de l'état général. — Elle refuse cependant de laisser sectionner l'adhérence qui empêche le collapsus total, l'état général s'améliore par la suite. — Deux ans et demi après, l'état général est de nouveau très satisfaisant, la malade a repris son travail.

OBSERVATION N° 17

Mme Boi. Alice, 26 ans.

La malade a fait, en février 1924, une poussée pleurale dont on a eu la confirmation radiologique. En mars 1925, la malade est opérée à la Salpêtrière, d'appendicite, sous anesthésie générale à l'éther. Après l'opération : toux, point de côté violent à gauche, expectoration fréquente, température à 38°, 38°5 pendant quelques jours.

Ces différents symptômes ayant été considérés

comme la manifestation d'une congestion pulmonaire.

Après deux mois de convalescence, la malade paraît complètement guérie et reprend son travail au début de juin 1925.

Mais au début de juillet, se sentant très fatiguée, elle s'arrête de travailler; vers le 15 juillet, elle présente pendant quelques jours une température à 40°, se met à tousser et accuse une violente douleur à la base gauche. Le 25 juillet, cette douleur persiste, elle s'accompagne de dyspnée, le médecin consulté pose le diagnostic de pneumothorax spontané sans lésions sous-jacentes; la radiologie confirme d'ailleurs ce diagnostic, mais l'état de la malade ne s'améliorant pas par la suite, elle entre le 14 août 1925, à l'Hôpital Laënnec (Service du Docteur Rist).

Dans les jours qui suivent, on trouve à l'auscultation des signes de condensation pulmonaire au niveau du lobe supérieur du poumon gauche, avec, en un point, des signes cavitaires, la radiographie montre d'ailleurs à ce moment, une image spéléologique à ce niveau. Le Docteur Rist décide, en conséquence d'instituer un pneumothorax artificiel gauche dont la première insufflation a lieu le 24 août :

o	200	oxygène	150	air	—3.
---	-----	---------	-----	-----	-----

2°	insufflation	le 26 août :	o	300	—2.
----	--------------	--------------	---	-----	-----

3°	insufflation	le 29 août :	—4	400	—2.
----	--------------	--------------	----	-----	-----

4°	insufflation,	le 2 sept. :	—4	350	—2.
----	---------------	--------------	----	-----	-----

Les insufflations sont poursuivies régulièrement par la suite tous les 8 jours. Elles sont en moyenne de 400 cm³ d'air à chaque fois.

Le pneumothorax se montre immédiatement efficace.

A partir d'octobre, la quantité d'air insufflée à chaque séance est en moyenne de 600 cm³. Le 5 novembre, la malade fait une petite hémoptysie. Les

insufflations ont lieu tous les 10 jours dans les mêmes conditions. En janvier 1926, on a obtenu un bon décollement, mais il existe deux brides sous-tendant une cavité du lobe supérieur. D'autre part, il semble exister du côté droit, quelques taches suspectes, mais comme elles ne se sont pas modifiées depuis plusieurs mois, et que l'atteinte droite ne paraît donc pas évolutive, on poursuit le pneumothorax régulièrement tous les 15 jours. Les insufflations ont d'ailleurs une efficacité certaine : la malade se sent beaucoup mieux, tousse beaucoup moins et augmente de poids (près de 4 kilos de janvier à avril). Elle part au Sanatorium de Brévannes le 3 avril 1926. Son pneumothorax y est régulièrement entretenu (3 à 400 cm³ à chaque insufflation, pression terminale, environ —4).

L'expectoration n'est plus bacillifère, il n'y a plus de température, en un an la malade a engraisé au sanatorium de 5 kilos. Elle part de Brévannes en mai 1927 et jusqu'en décembre, séjourne dans le Nivernais, se faisant insuffler régulièrement à Nevers. En fin décembre 1927, la malade rentre à Paris et revient régulièrement toutes les semaines se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois.

Se sentant très bien, elle s'était mariée deux mois avant (octobre 1927) ; mais la malade, qui a présenté ses dernières règles au mois de décembre, commence une grossesse au moment de son retour à Paris, cette gestation est très bien supportée, le traitement est régulièrement poursuivi. La malade entre en travail le 3 août 1928 à 2 heures, elle est immédiatement transportée à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), et accouche spontanément à 8 h. 35 d'une fille vivante pesant 3 kilos 350 (O.I.G.A., O.P.). Délivrance naturelle et complète à 9 h. 5, poids 480 grs. Suites de

couches : 38° le premier soir, 37°8 les 3°, 6° et 8° jour, puis retour à la normale.

L'enfant, vacciné au B.C.G., bien portant, est envoyé à la campagne où il se trouve encore actuellement en excellente santé.

La malade, en très bon état, quitte la Maternité le 14 août 1928, elle rentre chez elle et revient régulièrement poursuivre son traitement au dispensaire Léon Bourgeois. Mais le mari de la malade meurt d'une hémoptysie foudroyante, le 25 août 1928. La malade, qui était jusqu'alors véritablement dans un état très satisfaisant, en est évidemment très affectée, son état général en ressent une profonde atteinte. Elle se met à maigrir, recommence à tousser et à cracher fréquemment. En décembre, son expectoration redevient bacillifère.

Par la suite, l'état de la malade continue à décliner. Comme les examens radiologiques montrent la persistance de deux brides sous-tendant la caverne dont on voit encore assez distinctement les contours au niveau du moignon pulmonaire, on propose à la malade de pratiquer une section de brides, mais elle refuse alors, préférant attendre; d'ailleurs, du côté droit, les taches observées depuis deux ans ne se sont pas modifiées.

On poursuit le traitement comme par le passé, bien que la persistance des deux brides gêne toujours la rétraction parfaite du moignon pulmonaire. Vers le mois de mai, on décide toutefois d'augmenter un peu les pressions,

ainsi, 17 mai 1929 : —8 875 —2.

21 juin : —6 800 —2.

En fin juin, les brides, toujours visibles, continuent à maintenir ouverte la cavité que l'on voit béer largement, la malade refuse cependant tou-

jours la section de brides, on poursuit le traitement, mais on n'autorise pas la malade à reprendre son travail, malgré sa demande,

ainsi, le 20 septembre 1929 : —6 750 —2.

le 4 octobre : —7 750 —3.

En fin octobre 1929, les taches du côté droit se sont étendues, on note alors la présence de nombreuses marbrures, il semble enfin qu'il y ait, au sommet, une zone infiltrée qui paraît se ramollir et tendre vers une évolution cavitaire.

On fait entrer la malade à Laënnec, dès lors, la cure de repos agit salutairement, elle ne maigrit plus, se remet à engraisser (en deux mois et demi, elle engraisse de près de 3 kilos). Pour parfaire l'action de la cure de repos, on propose à la malade de bilatéraliser son pneumothorax, mais elle refuse catégoriquement ; on poursuit les insufflations à gauche, comme par le passé, tous les 10 jours,

ainsi, le 13 décembre 1929 : —5 600 —3.

10 janvier 1930 : —3 600 —1.

La malade, très améliorée, sort de Laënnec le 18 janvier 1930. On poursuit régulièrement ses insufflations au Dispensaire Léon Bourgeois,

ainsi, le 25 avril : —3 500 —2.

6 juin : —3 525 —1.

19 septembre : —4 400 0.

la malade est en très bon état et voudrait reprendre son travail depuis le mois de mai, mais comme son expectoration est toujours bacillifère, le Docteur Rist et le Docteur Hirschberg ne l'y autorisent toujours pas.

En fin novembre 1930, l'expectoration n'est plus bacillifère, les signes spéléonquaires sont beaucoup moins nets, les insufflations sont poursuivies régulièrement, ainsi, le 2 janv. 1931 : —10 700 —5.

le 19 février 1931 : —4 500 —1.

Le 20 février 1931, la malade ne tousse plus,

ne crache plus, et a encore engraisé. Le Docteur Hirschberg l'autorise à reprendre son travail, tout en venant se faire insuffler régulièrement toutes les trois semaines, au Dispensaire Léon Bourgeois.

Dans le courant du mois de juin 1931, près de 3 ans après l'accouchement, l'état de la malade, qui n'a cependant pas suivi complètement les prescriptions médicales, est extrêmement satisfaisant.

Tuberculose ulcéro-caséuse lobaire supérieure gauche, à marche évolutive rapide, traitée par un pneumothorax artificiel qui se montra immédiatement efficace. — Sept mois après, alors que la malade poursuit régulièrement ses insufflations, elle commence une grossesse qui est fort bien supportée. — Actuellement, six mois après l'accouchement, l'état général est très satisfaisant.

OBSERVATION N° 18

Mme Sau. Michelle, 24 ans.

La malade, mariée et mère d'un enfant de 7 ans, a pris froid au début du mois de mai 1929, après une forte bronchite, elle continue à tousser et à cracher, présente une température vespérale quotidienne et se sent extrêmement fatiguée.

Les symptômes s'accusent rapidement. La malade présente d'abondantes sueurs nocturnes, une anorexie persistante, elle maigrit de 6 kilos en six semaines.

Son état devenant inquiétant, elle se décide à venir consulter au Dispensaire Léon Bourgeois où la radiologie révèle la présence d'une condensation en écharpe du lobe supérieur gauche probablement excavée, le poumon droit paraît normal, on entend d'autre part à l'auscultation à gauche, une respiration assez soufflante et, en outre, quelques gros râles au sommet.

Le Docteur Rist institue un pneumothorax le 24 juin 1929 : o 200 oxyg. 100 air —2.

2° insufflation, le 26 juin 1929 : o 500 oxy. 200 air —2.

3° insufflation le 28 juin : —3 300 —2.

5^e insufflation, le 8 juillet : 0 450 —2.

Dès le 26 juin, la radiologie montre un décollement complet à la base, la collapsothérapie se révèle immédiatement efficace, la malade se sent beaucoup mieux, sa toux et son expectoration diminuent considérablement, elle engraisse de 1 kilo en 15 jours.

La malade, en parfait état, sort de l'Hôpital le 11 juillet 1929, rentre chez elle et revient en cure libre se faire insuffler régulièrement au Dispensaire Léon Bourgeois, le décollement s'accroît progressivement d'un examen à l'autre.

En octobre, on a obtenu un collapsus presque complet, seule une bride partie du hile semble se diriger vers le creux axillaire.

En novembre, le collapsus paraît complet.

En février 1930, la malade qui n'a pas présenté ses règles à la date habituelle (dernières règles, 8 janvier), part au Sanatorium de Bligny, où elle doit faire un assez long séjour. Pendant ce séjour, ses insufflations sont régulièrement poursuivies.

Peu après son entrée au Sanatorium, les signes de grossesse se précisent, cette gestation est bien supportée.

Le 10 septembre, la malade, enceinte de près de 8 mois, revient à Paris et entre à la Maternité de l'Hôpital Beaujon (Service du Docteur Levant), la malade entre en travail le 23 octobre à minuit, elle accouche spontanément le 24 octobre à 3 heures, d'une fille vivante pesant 3 kilos 550. Délivrance naturelle et complète à 3 h. 20, poids 550 grs.

On pratique, le lendemain de l'accouchement, une insufflation de 800 cm³ à la Maternité (P.I. —6 ; P.T. —2) le douzième jour, on fait une nouvelle insufflation : —12 350 —10 ; le 16^e, la malade est dirigée sur le Service du Professeur Ag. Debré, où, le 23^e jour après l'accouchement, le 8 novembre,

on pratique une nouvelle insufflation : —12 625 —10. La malade, dès ce moment, présente à la radioscopie, une bonne compression, mais il existe un léger déplacement médiastinal à droite, elle ne tousse pas, ne crache pas, son état général est satisfaisant : elle pèse 52 kilos 800, c'est-à-dire qu'elle a regagné sensiblement son poids d'avant ses couches. Il faut dire que les suites de couches furent d'ailleurs tout à fait normales.

Il n'existe, à l'auscultation et à la radiologie, aucun symptôme d'atteinte du poumon droit. Nouvelles insufflations le 18 novembre : —10 400 —9. La malade sort de l'Hôpital Beaujon le 22 novembre et revient régulièrement se faire insuffler au Centre de Triage de cet Hôpital, tous les 15 jours,

ainsi, 9 décembre : —12 800 —8.

30 décembre : —10 520 —4.

On obtient progressivement une bonne compression du poumon, seul le sommet ne paraît pas suffisamment collabé ; vers le 15 janvier, la compression du sommet s'accroît à son tour, on insuffle encore

le 27 janvier 1931 : —15 450 —10.

le 17 février : —12 350 —8.

A cette date, on a obtenu une très bonne compression, la malade est en excellent état, elle part la semaine suivante au sanatorium de la Tuyolle, pour parachever sa cure pendant quelques mois avant de reprendre son travail.

On continue les insufflations régulièrement tous les 15 jours au sanatorium. Actuellement plus de 7 mois après l'accouchement, l'état général de la malade est toujours extrêmement satisfaisant.

L'enfant, vacciné au B.C.G., séparé de la mère et envoyé en placement à la campagne, est actuellement en parfaite santé.

Tuberculose ulcéro-caséuse rapidement évolutive, avec spéléonque du sommet droit, traitée par un pneumothorax artificiel qui se montre très vite efficace, le collapsus étant à peu près complet. — Malgré l'apparition de liquide, l'état de la malade, considérablement améliorée, demeure très satisfaisant. — Trois ans après le début de la maladie, la malade supporte parfaitement bien une grossesse. — L'état général demeure très bon par la suite, mais un an après l'accouchement, après une réinfection, la malade fait une évolution du côté opposé. — On transforme le pneumothorax en oléothorax, et deux mois après on institue un second pneumothorax du côté opposé; celui-ci se montre très rapidement efficace et peut être interrompu un an après. — Actuellement, dix-huit mois après cet arrêt, on poursuit toujours régulièrement l'oléothorax droit. — L'état général est toujours très bon quatre ans après l'accouchement.

OBSERVATION N° 19

Mme Dre. Jeanne, 36 ans.

La malade, mariée en 1915, a fait une première gestation l'année suivante (une fille bien portante), enceinte pour la deuxième fois, elle accouche en octobre 1919 et une troisième fois en 1921; ces deux derniers enfants sont également bien portants. Elle continua cependant à travailler et se surmena beaucoup.

En avril 1923, s'étant davantage surmenée depuis le début de l'année, elle se sent davantage fatiguée, commence à tousser et à cracher, perd l'appétit et maigrit beaucoup. Elle présente enfin d'a-

bondantes sueurs nocturnes et ressent de nombreux points de côté.

En mai, constamment fébrile, aussi bien le matin que le soir (sa température dépasse en moyenne 38°5), toussant et crachant beaucoup, elle est envoyée au Dispensaire Léon Bourgeois où les Docteurs Rist et Ameuille constatent la présence d'une condensation lobaire supérieure droite, accompagnée d'un souffle cavitairé. Les examens radiologiques confirment l'atteinte du poumon droit, et montrent également l'intégrité parfaite du côté gauche.

La malade est admise à Laënnec. Le 2 août, on pratique la première insufflation d'un pneumothorax artificiel droit : —6 100 oxyg. 600 air —3.
2° insufflation le 6 août : —4 500 —2.

Les insufflations sont poursuivies régulièrement par la suite, elles ont lieu tous les 10 jours, puis tous les 15 jours, à cette dernière cadence, elles sont d'environ 700 cm³ à chaque fois.

Dès le début, on a obtenu un bon décollement, la malade est très sensiblement améliorée, engraisant de 3 kilos en 3 mois, ne toussant plus, ne crachant presque plus, l'expectoration n'est plus bacillifère, la température est revenue à la normale.

Le 2 octobre, la malade rentre chez elle, les insufflations sont régulièrement poursuivies d'abord au dispensaire Léon Bourgeois, puis au Sanatorium d'Angicourt, où la malade séjourne du 11 octobre 1923 au 17 mars 1925 (en raison de l'apparition d'un épanchement qui nécessita plusieurs ponctions, on diminua la quantité d'air insufflée à chaque fois). La malade revient ensuite à Paris et est régulièrement suivie au Dispensaire Léon Bourgeois, un incident fébrile avec réapparition de bacilles, nécessita son retour à l'Hôpital pendant 6 semaines au cours de l'été.

A partir de septembre 1925, les insufflations sont régulièrement poursuivies tous les 15 jours, elles sont de 100 à 200 cm³ d'air environ à chaque fois (P.T. moyenne + 25).

A cette époque, la malade ne tousse plus, ne crache plus, la collapsothérapie, toujours efficace malgré de larges adhérences, est ainsi régulièrement poursuivie par la suite.

En mai 1926, la malade commence une grossesse qui est fort bien supportée, elle est envoyée du 15 juillet au 15 décembre au Sanatorium d'Angicourt où l'on continue son traitement. En fin décembre, la malade revient à Paris, elle est au 8^e mois de sa grossesse, les insufflations sont poursuivies sans pousser, au Dispensaire Léon Bourgeois,

ainsi, le 24 décembre 1926 : —1 75 + 25.

le 21 janvier 1927 : 0 50 + 13.

Le 24 janvier, la malade, à terme, rentre à Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire) ; le travail commence à midi, présentation O.I.D.P., elle est admise à la salle de travail, dilatation complète à 23 heures 20, à 23 heures 35, la malade accouche spontanément d'une fille vivante pesant 3 kilos 280. Délivrance artificielle complète, poids 650 grs., à 24 heures 10. Suites de couches, très bon état, pas de dyspnée, la température n'atteint jamais 38° (37°8 4°, 9° et 10° jour, puis retour à la normale).

La malade, en fort bon état, sort le 6 février 1927 et rentre chez elle, elle revient ensuite régulièrement se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois, ainsi, 18 février : 0 75 + 25.

11 mars : —7 75 + 25.

Le 7 juillet 1927, on prend les pressions P.I. + 1, P.T. + 25. Il se produit, en effet, peu à peu, une symphyse, et la malade allant très bien, on décide d'arrêter les insufflations.

En septembre 1927, la malade part pour 6 mois à la campagne, elle rentre à Paris en mars 1928, pendant son absence, elle reconnaît avoir été en contact avec des bacillaires, il semble donc qu'il y ait eu réinfection qui va se traduire en mai 1928 par la réapparition de la toux et de l'expectoration (avec présence de B. K.) à ce moment la radiologie montre l'existence d'une caverne au sommet gauche.

La malade rentre à Laënnec, le 13 juin 1928, comme elle présente du liquide, du côté où existait le pneumothorax, on lui fait deux premières ponctions, l'une de 200 cm³, l'autre de 275, et l'on décide, en juillet, de substituer un oléothorax au pneumothorax droit. On évacue encore par ponction le 6 août 200 cm³ que l'on remplace par 200 cm³ d'huile goménolée. Le 8 août, nouvelle injection d'huile de paraffine goménolée. Le 10 août, on injecte encore dans les mêmes conditions 150 cm³, de même le 16 août, ainsi que le 18 août (mais seulement 100 cm³ à chaque fois).

La malade s'améliore dans de très notables proportions, mais comme les symptômes de ramollissement du côté gauche semblent en pleine évolution, on décide d'instituer un pneumothorax artificiel gauche. La première insufflation a lieu le 16 octobre 1928 : —9 400 —6 ; la deuxième insufflation a lieu le 18 octobre 1928 : —9 450 —9 ; la quatrième a lieu le 29 octobre : —6 600 —1. Par la suite, les insufflations ont lieu régulièrement une fois par semaine, comportant chacune une quantité d'air d'environ quatre à cinq cents cm³.

A partir du 12 décembre, l'expectoration n'est plus bacillifère. En janvier 1929, l'état de la malade est aussi satisfaisant que possible.

Bien que le collapsus soit très incomplet, la compression du sommet paraît cependant efficace.

Les insufflations sont poursuivies régulièrement dans les mêmes conditions.

En avril 1929, la malade, très améliorée, part au Sanatorium d'Angicourt, elle y reste plus d'un an.

Pendant son séjour, on arrête le pneumothorax, une symphyse s'établissant peu à peu (septembre 1929). Depuis cette époque, la malade qui, après son retour à Paris, a repris son existence normale, est toujours en état très satisfaisant.

L'enfant, qui avait été vacciné au B.C.G., séparé de la mère, et envoyé en placement à la campagne, est toujours très bien portant actuellement.

**Tuberculose ulcéro-caséuse droite, avec grosse splé-
lonque apicale, traitée par un pneumothorax arti-
ficiel. — Trois ans après le début du traitement,
la malade continue régulièrement ses insufflations,
supporte parfaitement bien une grossesse et accou-
che dans des conditions normales. — Plus de deux
ans après l'accouchement, l'état général est tou-
jours parfait.**

OBSERVATION N° 20

Mme Lai. Reine, 21 ans.

A la suite d'une grippe contractée en février 1925, la malade a été longtemps fatiguée; brusquement, le 25 mai suivant, elle fait, dans la même journée, deux hémoptysies depuis lors, elle accuse quotidiennement d'abondantes sueurs nocturnes et une élévation de température vespérale un médecin consulté fit faire une radiographie qui montra une condensation lobaire supérieure droite, ainsi qu'une diminution de transparence non homogène de tout le champ pulmonaire droit, le poumon gauche paraissant intact.

Bien qu'elle ait été mise au repos, l'état de la malade ne s'améliora pas, la température persista; elle se présenta au Dispensaire Léon Bourgeois, le 10 juin 1925, à ce moment, l'auscultation révéla la présence d'assez nombreux râles humides au sommet droit, d'autre part, la radiologie montra qu'il existait une condensation bien nette du lobe supérieur du poumon droit. On voyait en outre alors, au centre de cette condensation, une image cavitaire

arrondie de la grosseur d'une noix, siégeant sous la clavicule. L'expectoration enfin fut reconnue bacillifère.

Le Docteur Rist décida d'instituer un pneumothorax artificiel, la malade entra à l'Hôpital Laënnec: la première insufflation eut lieu le 15 juin : —3 100 oxy. 350 air —1,

2° insufflation, le 18 juin : —4 450 —3.

3° insufflation, le 22 juin : —7 450 —2.

4° insufflation, le 29 juin : —8 425 —4.

Les insufflations furent poursuivies régulièrement par la suite tous les 8 jours, elles étaient d'environ 100 cm³ à chaque insufflation. On obtient de suite un décollement très marqué, bien qu'au début deux petites brides aient subsisté.

Dès la fin juillet, ces brides disparurent, il sembla alors qu'on était parvenu à déterminer une compression suffisante du poumon, d'ailleurs, depuis le début de ce mois, la malade augmentait régulièrement de poids, son expectoration n'était plus bacillifère, elle ne le redeviendra pas par la suite.

La malade sort de Laënnec en août 1925, et revient régulièrement se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois.

En novembre 1925, elle est envoyée au Sanatorium de Bligny où son traitement est régulièrement poursuivi dans les mêmes conditions. (Peu après son entrée au Sanatorium, du liquide, en petite quantité, était apparu, mais la quantité d'air insufflée restant aux alentours de 300 à 400 cm³, le liquide n'augmenta jamais pendant toute la durée de son séjour.)

La malade quitte Bligny en avril 1926, et revient régulièrement se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois. Un an plus tard, l'état de la ma-

lade étant toujours excellent, elle est autorisée à reprendre son travail, tout en venant régulièrement tous les 15 jours aux insufflations. L'état de la malade demeure toujours très satisfaisant par la suite ; un an plus tard, en juin 1928, elle commence une grossesse qui est parfaitement bien supportée, le traitement est toujours régulièrement poursuivi, il ne se produit pas de liquide.

Ainsi : 1^{er} janvier 1929 : —5 500 —2.

22 février 1929 : —5 400 0.

Au début du mois de mars 1929, la malade est presque à terme, elle demande au Docteur Hirschberg qui la suit régulièrement, l'autorisation de garder son enfant auprès d'elle pendant son séjour à la Clinique Baudelocque, étant donné que l'enfant sera vacciné au B.C.G., qu'il ne sera pas nourri par la mère et qu'il sera placé dès la sortie de Baudelocque, cette autorisation lui est accordée. La malade n'est, d'ailleurs, plus contagieuse depuis plus de trois ans et demi.

La malade entre à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire) le 2 mars 1929, à 3 h. 45. A midi 25, la dilatation est complète (O.I. G.A.), la malade accouche spontanément à midi 45, d'un garçon vivant pesant 3 kilos 240. Délivrance naturelle et complète à 13 h. 5, poids 420 grs. Suites de couches normales sauf un petit clocher à 38° le 7^e jour. La malade, en bon état, rentre chez elle le 14 mars 1929, et revient régulièrement se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois, tous les 15 jours, ainsi, 22 mars 1929 : —5 390 +1.

20 décemb. 1929 : —9 425 —1.

16 mai 1930 : —6 375 —1.

26 sept. 1930 : —5 350 —1.

10 janvier 1931 : —6 400 —1.

6 mars 1931 : —6 425 —1.

Actuellement, plus de 2 ans après l'accouchement, la malade continue régulièrement ses insufflations, elle est en parfaite santé, et travaille comme par le passé.

L'enfant, envoyé à la campagne, se porte toujours très bien.

Tuberculose ulcéro-caséuse unilatérale évolutive, avec spélonque d'assez grande dimension, traitée par un pneumothorax artificiel. — La malade supporte très bien une grossesse survenue en cours de traitement. — On suspend le traitement quelques semaines avant l'accouchement. — Plus de deux ans après l'accouchement, la malade est toujours en parfaite santé.

OBSERVATION N° 21

Mme Ev. Jeanne, 19 ans.

La malade, qui a eu des bronchites à répétition pendant son enfance, fait une grossesse au cours de l'année 1927. Au sixième mois de cette gestation, elle commence à tousser, elle accouche cependant normalement à la Clinique Baudelocque, le 11 juillet 1927 ; un mois après, la toux augmente, l'expectoration apparaît, la malade continue cependant à travailler.

Vers le 15 août, elle consulte un médecin qui constate une lésion au niveau du poumon droit, et l'envoie au Dispensaire Léon Bourgeois. La malade est admise à Laënnec le 22 août 1927.

A son entrée, l'auscultation révèle la présence d'un foyer de râles humides à la partie moyenne du poumon droit. D'autre part, la respiration est diminuée dans tout le champ pulmonaire droit. La radiologie montre qu'il existe une spélonque de la dimension d'une pièce de cinq francs au niveau du hile, tout le reste du champ pulmonaire droit étant semé de fines taches surtout développées au niveau de la moitié inférieure. Le poumon gauche paraît

normal. Son expectoration est d'ailleurs, à ce moment, bacillifère.

Malgré la gravité des lésions pulmonaires, l'état général de la malade est encore relativement bon.

Le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet décident d'instituer un pneumothorax artificiel droit. La première insufflation a lieu le 8 septembre 1927 : —16 500 —8.

la deuxième a lieu le 11 sept. : —4 500 —4.

la troisième a lieu le 15 sept. : —10 600 —4.

la quatrième a lieu le 23 sept. : —8 500 —4.

Dès le début, on a obtenu un très bon décollement, l'état de la malade s'améliore considérablement, elle ne tousse plus, ne crache plus ; les insufflations sont poursuivies régulièrement par la suite, elles ont lieu tous les 8 jours, puis tous les 15 jours, et sont en moyenne de 5 à 600 cm³ à chaque fois. Ainsi, 19 octobre : —10 600 —4.

12 décembre : —14 500 —10.

La malade sort de Laënnec le 31 décembre et revient régulièrement se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois.

En juin 1928, elle commence une nouvelle grossesse, qui est fort bien supportée. Les insufflations sont régulièrement poursuivies,

ainsi, le 5 septembre : —9 300 +3.

17 octobre : —8 275 +1.

15 novembre : —8 200 +1.

15 décembre : —7 125 0.

On arrête les insufflations dans le courant du mois de février 1929. A ce moment, la malade est presque à terme, elle entre à Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), le 4 mars 1929, à 21 heures. A 24 h. 45, le 5 mars, la dilatation est complète et la malade accouche spontanément le 6 mars 1929, à

1 heure, d'une fille vivante pesant 2 kilos 880. A 1 h. 40, délivrance naturelle et complète, poids 450 grs. Suites de couches normales non fébriles (la température n'a jamais dépassée 37°6). La malade sort en parfait état le 17 mars 1929 et rentre chez elle avec son enfant qui a été vacciné au B.C.G. mais qu'elle ne nourrit pas. La séparation a été jugée inutile, la malade ne présentant plus de bacilles depuis 15 mois.

Après être revenue au Dispensaire Léon Bourgeois, en Avril 1929, la malade en excellente santé part dans sa famille en Auvergne.

Depuis cette époque, elle envoie régulièrement de ses nouvelles : sa santé est toujours très satisfaisante, ainsi que celle de son enfant. (dernière lettre avril 1931).

Tuberculose ulcéro-caséuse excavée, à marche évolutive rapide, apparue à la fin d'une troisième gestation trop rapprochée des précédentes et soignée par un pneumothorax artificiel qui se montre rapidement efficace. — L'évolution paraissant enrayée, on arrête les insufflations au bout de seize mois de traitement. — Sept mois plus tard, la malade commence une nouvelle grossesse au cours de laquelle se produit une évolution de lésions du côté opposé. Elle refuse cependant de reprendre le traitement. — Son état général décline peu à peu. Elle meurt dix jours après l'accouchement.

OBSERVATION N° 22

Madame Leq. Louise, 23 ans.

La malade fit successivement trois gestations au cours des années 1924, 1925, 1926. La troisième grossesse fut fort mal supportée par la malade, elle fit même au cours de cette gravidité, pendant laquelle elle avait beaucoup maigri, une hémoptysie.

Huit jours après l'accouchement, la malade commence à présenter des points de côté marqués, présente d'abondantes sueurs nocturnes et se met à tousser. Elle fait alors une série d'hémoptysies, entre à l'Hôpital Laënnec où l'on constate l'existence d'une grave lésion excavée du sommet gauche, en même temps l'examen de son expectoration montre la présence de très nombreux bacilles de Koch. On institue un pneumothorax artificiel gauche en avril 1926. On obtient assez rapidement un bon collapsus, le pneumothorax se révèle efficace et les insufflations sont poursuivies régulièrement tous les 8 jours pendant 16 mois.

Au bout de ce temps, on a obtenu une amélioration considérable, l'expectoration n'est plus bacillifère depuis plus d'un an. La malade a repris son existence habituelle et travaille régulièrement. L'évolution des lésions semblant enrayée, on décide d'arrêter les insufflations.

Mais sept mois plus tard, la malade commence une nouvelle grossesse. Examinée régulièrement à Laënnec, elle est trouvée porteuse, un mois plus tard, d'une tache suspecte au poumon droit.

Au cinquième mois de la grossesse, des lésions évoluant apparaissent nettement au niveau du poumon droit. On retrouve à nouveau des bacilles dans l'expectoration. On propose à la malade d'instituer un pneumothorax artificiel droit, mais elle refuse, ne se soigne pas, son état général décline rapidement.

Trois semaines avant l'accouchement, elle présente, chaque soir, une température aux alentours de 39°5, d'autre part, la malade a considérablement maigri, une entérite bacillaire s'est installée. La malade, en pleine cachexie, accouche chez elle le 17 novembre 1928, d'un enfant vivant pesant 2 kilos 150. Transportée à la Clinique Baudelocque, on y pratique la délivrance artificielle.

Dans les jours suivants, la malade présente une température à 40°. Elle meurt le 26 novembre, au milieu d'une hémoptysie.

Tuberculose ulcéro-caséuse à localisation gauche, avec spélonque à la partie moyenne, traitée par un pneumothorax artificiel qui s'est montré très rapidement efficace. — Un an après le début du traitement, la malade commence une première grossesse, parfaitement supportée. — Elle accouche à terme dans les meilleures conditions. — Quelques mois plus tard, la malade commence une deuxième grossesse. — Elle la mène à terme comme la précédente et accouche normalement. — Quatre ans après le début du traitement, toujours régulièrement poursuivi, la malade commence une troisième gestation. — Elle la supporte également parfaitement bien et la mène également à terme.

OBSERVATION N° 23

Mme Greng. Marie-Louise, 24 ans.

La malade, qui a mené à terme une première grossesse et a accouché normalement en février 1924, a perdu sa mère de tuberculose pulmonaire en décembre 1924, elle-même se met à tousser au début de l'année 1926, elle continue, cependant, de travailler, tout en se sentant extrêmement fatiguée et, en maigrissant beaucoup; au mois d'avril, elle se mit à tousser davantage et commença à cracher. Elle se décide à venir consulter au Dispensaire Léon Bourgeois dans le courant du mois de mai.

A son entrée, l'examen révèle alors la présence d'une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse gauche avec caverne au niveau de la partie moyenne du poumon gauche. D'ailleurs, les examens radiologiques confirmèrent l'ausculttion en montrant au ni-

veau du champ pulmonaire gauche de nombreuses taches et marbrures et un aspect en mie de pain bien net, surtout accusé au niveau du tiers moyen, aspect normal à droite ; enfin, l'expectoration renfermait de nombreux bacilles de Koch.

Le Docteur Rist et le Docteur Hirschberg décidèrent, en présence de ces symptômes, d'instituer un pneumothorax gauche. Première insufflation, le 14 juin 1926 : —5 oxyg. 150 air 280 —3.
2^e insufflation, le 16 juin 1926 : —5 420 —2.
3^e insufflation, le 19 juin 1926 : —6 520 —1.
4^e insufflation, le 24 juin 1926 : —6 560 0.
Dès le début, on obtient un bon décollement, cependant, une bride sous-tendant la caverne toujours visible, persiste au sommet.

On poursuit régulièrement par la suite les insufflations, elles sont d'environ 500 cm³ à chaque fois.

La malade sort de Laënnec le 14 juillet et revient ensuite régulièrement se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois,

ainsi, le 4 août 1926 : —3 425 +1.

le 15 août 1926 : —4 430 +1.

Elle part ensuite en Sanatorium, les insufflations y sont poursuivies tous les 15 jours,

ainsi, le 5 novembre 1926 : —6 400 0.

le 3 décembre 1926 : —4 500 0.

le 18 février 1927 : —5 475 0.

Au début de l'année 1927, on a obtenu un collapsus presque complet, la malade ne tousse plus, son expectoration est absolument tarie et n'est d'ailleurs plus bacillifère depuis plus de 6 mois. Peu après, la malade, qui a présenté ses dernières règles le 26 mars 1927, commence une grossesse qui est fort bien supportée; les insufflations sont poursuivies en même temps, régulièrement :

ainsi, le 3 juin 1927 : —7 425 —3.

le 5 août 1927 : —7 450 —2.

le 11 novembre : —7 550 —1.

La malade étant près du terme, on insuffle encore, le 19 décembre 1927 : —8 675 —1.

Dans la nuit du 4 au 5 janvier 1928, la malade entre en travail, elle est immédiatement transportée à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), elle accouche spontanément le 5 janvier, à 2 h. 40 (O.I.G.A.) d'une fille vivante pesant 2 kilos 650. Délivrance naturelle et complète à 2 heures 50, poids 440 grammes.

Suites de couches : Bon état général, température à peu près normale, pas d'évolution pulmonaire. La malade sort en parfait état de la Maternité le 18 janvier 1928 ; l'enfant semble très bien portant, mais il meurt brusquement au bout de quelques jours, sans que la malade ait pu en connaître la cause.

La malade revient ensuite régulièrement se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois,

ainsi, le 27 janvier 1928 : —3 675 +2.

le 24 février 1928 : —3 875 —1.

le 23 mars 1928 : —4 650 —1.

de même par la suite.

le 28 septembre 1928 : —5 450 +1.

le 21 décembre 1928 : —5 350 +1.

A cette époque, la malade est à nouveau enceinte (dernières règles : juillet 1928), cette seconde gestation survenue en cours de traitement est également bien supportée ; on poursuit les insufflations tous les 15 jours (3 à 400 cm³ d'air à chaque fois),

ainsi, le 25 janvier 1929 : —6 375 +5.

le 1^{er} mars 1929 : —7 375 +4.

La dernière insufflation a lieu

le 5 avril 1929 : —8 400 +2.

La malade, à terme, accouche le 14 avril suivant, en ville, d'une fille vivante, actuellement bien portante, après l'accouchement, les suites de couches ont été absolument normales, la malade, en parfait état, revient ensuite se faire insuffler à nouveau au Dispensaire Léon Bourgeois: en premier lieu, le 3 mai 1929 : —3 425 +3. On poursuit, par la suite, régulièrement le traitement :

ainsi, le 28 mars 1929 :	—5	400	+7.
6 septembre 1929 :	—4	300	+12.
17 janvier 1930 :	—3	150	+20.
28 mars 1930 :	—1	500	+12.

La malade ne présente à nouveau plus ses règles au mois d'août 1930. En fin septembre, on s'aperçoit alors, que la malade est enceinte pour la troisième fois depuis le début du traitement, on poursuit les insufflations,

ainsi, le 29 août 1930 :	—3	150	+20.
19 septembre 1930 :	—2	175	+20.
3 octobre 1930 :	—3	150	+24.
29 novembre 1930 :	—4	300	+20.
19 décembre 1930 :	—7	175	+20.
6 février 1931 :	—2	175	+19.

En fin avril 1931, la malade, au 8^e mois de sa grossesse, est toujours en parfait état, elle s'occupe de son ménage et mène une vie normale.

Elle entre à la Clinique Tarnier (Service du Professeur Brindeau), le 1^{er} mai 1931, et accouche le 6 mai dans les meilleures conditions, pour la 3^e fois, depuis le début du traitement. La malade, à sa sortie de la Maternité, doit rejoindre le Dispensaire Léon Bourgeois, où son traitement sera poursuivi comme par le passé.

Ses deux derniers enfants sont en parfaite santé.

Tuberculose pulmonaire lobaire supérieure gauche évolutive, soignée par un pneumothorax artificiel. — Quatre ans après le début du traitement, la malade, en parfait état, mène à bien une grossesse et accouche dans les meilleures conditions. — Dix-huit mois plus tard, la malade commence une seconde gestation. — Elle accouche sans que cette seconde gestation ait en rien interrompu la cicatrisation de ses lésions. — Deux ans après cette seconde grossesse, la malade, qui mène une existence normale, se trouve en parfaite santé. — Deux ans et demi après l'arrêt du traitement, la guérison semble donc à l'heure actuelle vérifiée.

OBSERVATION N° 24

Mme Bau. Yvonne, 24 ans.

Le frère de la malade, avec lequel elle vivait, meurt de tuberculose pulmonaire, en fin février 1922. A cette époque, la malade, qui toussait et crachait déjà beaucoup depuis trois mois, et avait beaucoup maigri, se sentant de plus en plus fatiguée, se décide à venir consulter au Dispensaire Léon Bourgeois, dans les premiers jours de mars 1922.

A cette époque, on ne trouve à l'auscultation qu'une respiration un peu rude à gauche, tandis que la radiologie montre qu'il existe seulement une traînée d'ombres plus accusée entre le hile et la clavicule gauche. En avril, la malade, suivie régulièrement par le Dispensaire Léon Bourgeois, présente aux examens radioscopiques et radiographiques une modification très nette du précédent aspect. On trouve en effet, alors, à la partie supérieure du poumon gauche, une zone de condensation lobaire en

pleine évolution, en même temps, l'auscultation met en évidence à ce niveau la présence d'un foyer de râles assez gros, le côté droit paraît normal. L'expectoration n'est pas reconnue bacillifère, mais la cutiréaction est positive. Le Docteur Rist décide d'instituer un pneumothorax artificiel gauche, mais la malade préfère attendre, elle est envoyée en cure sanatoriale à Villepinte pendant six semaines et, de là, passe encore quelques jours à la campagne.

Elle revient enfin à Laënnec le 12 juillet 1922, pesant alors 55 kilos.

La première insufflation a lieu le 22 juillet :
—14 100 oxy. 425 air —4.

2° insufflation le 24 juillet : —6 425 —2.

3° insufflation le 26 juillet : —8 525 —1.

4° insufflation le 29 juillet : —7 375 —1.

Dès le début, on a obtenu un bon décollement et le collapsus se révèle efficace ; il subsiste cependant une petite bride au sommet. Les insufflations sont régulièrement poursuivies par la suite, elles sont en moyenne de 350 cm³.

La malade sort de l'Hôpital le 17 août, son traitement est régulièrement poursuivi au Dispensaire Léon Bourgeois.

A la suite du traitement, son état s'est beaucoup amélioré, le 15 août, elle pèse 56 kilos 300. Neuf mois après le début du traitement, la malade aura engraisé de 12 kilos (avril 1923), il ne se produira jamais de liquide. On poursuit le traitement comme par le passé.

En février 1924, bien qu'il subsiste toujours une bride au sommet, l'action du pneumothorax est toujours satisfaisante : l'expectoration ne sera jamais reconnue bacillifère, la malade, en fort bon état, ne tousse et ne crache presque plus.

Au début de l'année 1926, il ne subsiste plus aucune adhérence, le collapsus est enfin complet, la malade va parfaitement bien.

Elle va si bien qu'elle se marie le 5 juillet 1926 sans le dire au Docteur Rist, qui lui avait conseillé d'attendre un peu. Bientôt après, la malade commence une grossesse, les insufflations sont poursuivies régulièrement une fois par mois ; en janvier 1927, elle est au sixième mois de sa grossesse qui est parfaitement bien supportée. Le traitement est régulièrement poursuivi au Dispensaire Léon Bourgeois : le collapsus est toujours parfait, le champ pulmonaire droit toujours intact.

Dernière insufflation le 18 mars 1927 : 200 cm³.

La malade étant presque à terme, entre à Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), le travail commence le 14 avril à 18 h. 30. Le 15 avril, à 9 h. 15, la dilatation est complète, mais la malade, se fatiguant beaucoup à la fin du travail, devenant dyspnéique et commençant à se cyanoser, on fait une application de forceps à la partie inférieure de l'excavation et l'on extrait, à 9 h. 30, une fille vivante pesant 2 kilos 950. Délivrance naturelle et complète à 9 h. 45, poids 520 grs. Suites de couches : température à 38°2, 38°4 le 3^e et le 4^e jour, puis retour à la normale.

La malade est réinsufflée le quatrième jour : —6 400 —2. L'enfant, bien portant, vacciné au B.C.G., est mis à l'allaitement artificiel. Envoyé en placement à la campagne, il est actuellement bien portant.

Après sa sortie de Baudelocque, la malade revient régulièrement se faire insuffler, l'accouchement n'a eu aucune influence sur la cicatrisation des lésions.

A la fin de l'année 1927, le moignon pulmonaire gauche, toujours fort bien comprimé est parfait.

tement clair, on y distingue quelques noyaux calcifiés, par ailleurs la malade est en excellent état.

Au début de l'année 1928, la malade, qui poursuit toujours régulièrement ses insufflations au Dispensaire Léon Bourgeois, va toujours très bien, elle ne tousse plus, ne crache plus.

Devant l'amélioration de l'état général et des signes pulmonaires, et après une inoculation au cobaye, on décide au mois d'août 1928 d'arrêter les insufflations. Mais, d'autre part, la malade, qui avait présenté ses dernières règles du 20 au 22 juillet, commence à ce moment une seconde grossesse qui est parfaitement bien supportée. Le dispensaire Léon Bourgeois continue à suivre régulièrement la malade. En janvier, février, mars 1929, la gestation se poursuit normalement, l'état général est extrêmement satisfaisant.

La malade entre à Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), le 8 avril 1929, à 11 heures, elle est admise à la salle de travail à 2 heures. A 2 h. 45, la dilatation est complète (O.I.D.P.); elle accouche spontanément à 2 h. 50 d'un garçon vivant pesant 2 kilos 420, légèrement débile, mais cependant en bon état. Délivrance naturelle et complète à 3 h. 30, poids 440 grs. Suites de couches normales, sauf 37°9 le 3° et le 9° jour, la température revient ensuite à la normale.

La malade rentre chez elle le 21 avril et allaite son enfant. La malade est suivie depuis cette époque au Dispensaire Léon Bourgeois.

En septembre, octobre 1929, on note simplement qu'il existe une diminution de transparence au niveau des deux tiers inférieurs du champ pulmonaire gauche qui est revenu sur lui-même ; par ailleurs tout est normal.

En décembre 1930, la malade va toujours parfaitement bien, de même en avril 1931, plus de deux ans et demi après la cessation du traitement et bien que la malade ait, depuis, présenté une deuxième grossesse, qui n'a en rien interrompu la cicatrisation de ses lésions.

Le deuxième enfant se porte également toujours bien.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite à forme fibreuse hémoptoïque évolutive, traitée par un pneumothorax artificiel. — Quatorze mois après le début du traitement, la malade commence une grossesse parfaitement bien supportée, elle accouche normalement à terme. — Seize mois après l'accouchement, le traitement est toujours régulièrement poursuivi, l'état général de la malade est toujours parfait.

OBSERVATION N° 25

Mme Cou. Germaine, 21 ans.

La malade, qui affirme avoir été jusqu'alors bien portante, présente tout d'un coup, pendant deux jours de suite, au mois de juillet 1925, des crachats hémoptoïques assez abondants, ces crachats se répètent à plusieurs reprises, dans le cours de ces deux journées. La malade, qui fut examinée à cette époque, ne présentait alors qu'une légère diminution de la respiration à droite, s'accompagnant de quelques craquements au sommet.

Mise au repos, la malade commença cependant à tousser et à cracher, et présenta d'assez fréquents points de côté à droite pendant quelques semaines ; elle se mit, en outre, à maigrir sensiblement (2 kilos en 2 mois), mais par la suite, grâce à un assez long séjour à la campagne, son état s'améliora, elle reprit son existence normale au début de l'année 1926.

Toutefois, à partir du mois de septembre et surtout à partir de novembre 1927, la malade se sent à nouveau très fatiguée, elle accuse de nombreux points de côté, tousse davantage et présente à plusieurs reprises une série de crachats hémoptoï-

ques, elle maigrit enfin de 2 kilos en 2 mois, elle vient alors consulter au Dispensaire Léon Bourgeois. On trouve à ce moment, à l'examen, une diminution marquée de la respiration à droite, s'accompagnant d'assez nombreux râles au sommet. A la percussion, on note d'autre part, à ce niveau, une matité assez accusée. L'examen radiologique met en outre en évidence une opacité nettement accusée du lobe supérieur droit, avec une condensation très marquée au niveau de la scissure interlobaire. A ce moment, cependant, l'état général de la malade est encore peu atteint.

Bien que sa température vespérale soit toujours aux alentours de 38°. Après quelques semaines de repos, la malade rentre à Laënnec le 17 janvier 1928, et le Docteur Rist décide d'instituer un pneumothorax artificiel droit.

1^{re} insufflation, le 22 janv. 1928 : —10 300 —6.

2^e insufflation, le 26 janv. 1928 : —7 350 —3.

3^e insufflation, le 4 février 1928 : —7 400 —4.

4^e insufflation, le 11 fév. 1928 : —7 700 —3.

Depuis le début des insufflations, on a obtenu presque immédiatement un décollement complet, et le collapsus s'est révélé de suite efficace, le murmure vésiculaire est complètement aboli, l'état général de la malade s'est considérablement amélioré, elle ne tousse presque plus, ne crache plus, et a engraisé de 1 kilo en 3 semaines; la température revient enfin rapidement à la normale.

On poursuit régulièrement les insufflations, elles sont d'environ 600 à 650 cm³ à chaque fois, ainsi, 25 février 1928 : —7 650 —2.

16 mars : —6 700 —1.

La malade sort de Laënnec le 14 mars 1928 et rentre chez elle dans un état aussi satisfaisant que possible. Elle revient ensuite régulièrement se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois.

Son état général demeure excellent pendant tout le cours des années 1928 et 1929.

En avril 1929, la malade commence une grossesse parfaitement bien supportée. En octobre 1929, au septième mois de la gestation, son état général est toujours parfait, le pneumothorax est régulièrement poursuivi.

La malade entre à Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), le 29 décembre 1929.

Elle accouche spontanément le 30 décembre 1929, d'un garçon vivant pesant 3 kilos 700.

L'enfant, vacciné au B.C.G., séparé de la mère et envoyé en placement à la campagne, est actuellement bien portant.

Suites de couches normales.

La malade sort de Baudelocque le 15 janvier 1930 et revient régulièrement se faire insuffler à l'Hôpital Laënnec, où son traitement est toujours poursuivi depuis lors. En avril 1931, l'état de la malade est toujours parfait, 16 mois après l'accouchement.

Tuberculose ulcéro-caséuse évolutive, traitée par un pneumothorax artificiel. — Quatre mois après le début du traitement, la malade commence une gestation très bien supportée et accouche normalement. — Les insufflations sont poursuivies régulièrement, la grossesse n'ayant nullement ralenti la cicatrisation des lésions. — Six ans et demi après le début du traitement, la malade étant complètement guérie, on arrête le pneumothorax. — Six mois après, la malade est toujours en parfaite santé.

OBSERVATION N° 26

Mme Duc. Marie, 36 ans.

La malade, qui présente une luxation congénitale de la hanche, s'est mariée dans le courant de l'année 1924. Bientôt après, commence une grossesse bien supportée, la malade accouche en avril 1915, d'une fille pesant 3 kilos 500, mais au moment de la délivrance, elle fait une grosse hémorragie qui nécessite un curettage; pendant un mois, la malade fait de la température. Par la suite, elle présente un mauvais état général. Elle allaite cependant sa fille pendant 9 mois. Au bout de ce temps, la malade, très fatiguée et très asthénisée, perd l'appétit et accuse de nombreux points de côté.

Peu de temps après, une grippe avec température assez élevée pendant un mois l'affaiblit encore davantage. Au cours des années suivantes, la malade, qui maigrit progressivement, tousse et crache fréquemment. Par la suite, elle doit s'arrêter de travailler assez souvent.

En 1922, la malade est envoyée au repos à la campagne pendant un an, elle n'engraisse cependant pas. Au mois d'août 1923, à la suite d'une congestion pulmonaire, elle fait, tout d'un coup, une hémoptysie. Depuis lors, sa toux et son expectoration augmentent. Le 5 mars 1924, elle vient consulter au Dispensaire Léon Bourgeois.

A ce moment, elle présente à droite une respiration soufflante avec de gros râles sous-crépitaux humides dans la moitié du champ pulmonaire ; à gauche, il existe simplement une respiration un peu rude. Les examens radiologiques montrent une condensation non homogène des 2/3 supérieurs du champ pulmonaire droit, avec image cavitaire. Cette tuberculose unilatérale droite excavée semble donc avoir évolué depuis longtemps, car son début paraît très éloigné. Enfin, à ce moment, l'expectoration est bacillifère.

En présence de ces symptômes, le Docteur Ameuille décide d'instituer un pneumothorax artificiel droit.

La première insufflation a lieu le 15 mars 1924 :
—8 100 oxy. 450 air —4.

2° insufflation, 17 mars 1924 : —3 400 —2.

3° insufflation, 21 mars 1924 : —3 450 —2.

On a obtenu de suite un décollement total, l'amélioration est bientôt sensible ; l'état général devient assez rapidement satisfaisant ; les insufflations sont poursuivies régulièrement tous les 8 jours,

ainsi, le 3 mai : —5 700 —2.

(Dès cette époque, l'expectoration n'est plus bacillifère. 20 juillet : —6 600 —8.

19 août : —8 550 —6.

La malade, qui a présenté ses dernières règles le 30 juin, est alors au début d'une grossesse assez bien supportée.

Le traitement est régulièrement poursuivi d'a-

bord à Laënnec, puis au Sanatorium de la Tuyolle où elle fait un assez long séjour,

ainsi, 24 décembre 1924 : —12 800 —10.

21 janvier 1925 : —12 900 —8.

4 février 1925 : —8 1.000 —6.

A partir du 15 février, on diminue la quantité d'air insufflée, ainsi, 4 mars : —8 500 —8.

dernière insufflation le 18 mars : —10 600 —10.

La malade entre en travail le 25 mars dans l'après-midi, elle est dirigée sur la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), et est admise à la salle de travail à 19 h. 30. Elle accouche spontanément à 21 h. 10 d'une fille vivante pesant 2 kilos 900. Délivrance naturelle et complète à 21 h. 30, poids 500 grs. Suites de couches : la température reste aux alentours de 38° jusqu'au 5^e jour, elle s'élève à 38°6, 38°7 le 6^e et le 7^e jour, et redescend en lysis pour revenir à la normale le 14^e jour.

L'enfant, très bien portant, vacciné au B.C.G., est envoyé en placement familial. Il est actuellement en parfaite santé.

Le sixième jour, la malade est réinsufflée à la Maternité, —8 600 —12. Elle sort le 15^e jour, le 9 avril, en très bon état général. Les insufflations sont régulièrement poursuivies au Dispensaire Léon Bourgeois, ainsi, 14 avril 1925 : —10 800 —10.

13 mai 1925 : —6 800 —8.

30 octobre 1925 : —9 800 —2.

16 avril 1926 : —3 875 —1.

A partir du mois de juin, les insufflations ont lieu toutes les trois semaines dans les mêmes conditions qu'auparavant,

ainsi, 3 décembre 1926 : —4 700 —5.

4 février 1927 : —9 800 —7.

15 avril 1927 : —17 1.100 —1.

15 décembre 1927 : —7 700 —4.

L'état général est toujours extrêmement satis-

faisant, le traitement est toujours régulièrement poursuivi, cependant à partir du mois de juin 1928, on n'insuffle plus qu'une fois par mois,

ainsi, 19 décembre 1928 : —6 600 —2.

8 mars 1929 : —10 800 —8.

7 février 1930 : —3 625 —3.

19 septembre 1930 : —5 650 —1.

17 octobre 1930 : —5 650 —1.

A cette date a lieu la dernière insufflation, la malade est en effet, complètement guérie, on vérifie la guérison au mois de décembre et l'on constate à la radioscopie que le poumon conserve une teinte uniforme légèrement grisâtre, on y note également la présence d'un certain nombre de calcifications.

La malade continue à être suivie par le Dispensaire Léon Bourgeois. En avril 1931, son état est toujours excellent, 6 ans après l'accouchement, 6 mois après la cessation du traitement.

Tuberculose ulcéro-caséuse à marche évolutive rapide, soignée par un pneumothorax artificiel, arrêté au bout de deux ans de traitement, la guérison semblant obtenue. — Un an plus tard, la malade supporte d'une façon satisfaisante une grossesse. — Un an plus tard, l'état général de la malade est toujours fort bon.

OBSERVATION N° 27

Mme Vis. Maria, 25 ans.

La malade, qui a soigné une parente morte de tuberculose pulmonaire au début de l'année 1926, présente elle-même une atteinte très marquée de l'état général succédant à une broncho-pneumonie contractée à la fin de la même année.

En février 1927, la malade fait une hémoptysie, elle se présente au Dispensaire Léon Bourgeois, on constate à ce moment-là, l'existence d'une condensation lobaire gauche en pleine évolution à tendance excavante, avec présence de nombreux bacilles dans l'expectoration.

Le Docteur Rist institue un pneumothorax artificiel gauche en fin mars 1927. La collapsothérapie se montre immédiatement efficace, l'état général s'améliore considérablement. Le traitement est poursuivi dans de fort bonnes conditions ; vers le milieu de l'année 1928, la malade est envoyée en cure complémentaire au Sanatorium de Villepinte, son traitement y est régulièrement poursuivi.

Le pneumothorax est ensuite continué au Dispensaire Léon Bourgeois, les lésions semblant cicatrisées, le traitement est arrêté en avril 1929.

Six mois plus tard, la malade commence une

grossesse bien supportée au début. Ayant changé de quartier, elle vient consulter le 13 mars 1930, au centre de triage de l'Hôpital Saint-Antoine. Elle est à ce moment au 6^e mois de sa grossesse. Comme elle est assez fatiguée, qu'elle tousse un peu après une grippe contractée récemment, quelle est légèrement essoufflée et que son expectoration est réapparue depuis peu, on fait un examen de crachats dans lequel on retrouve des B. K., cependant, l'état général de la malade ne semble pas atteint, son appétit est conservé, elle n'a pas maigri. L'auscultation et la radiologie ne montrent pas de lésions en évolution, en conséquence, la malade est mise au repos complet.

Très rapidement, son état général s'améliore, elle engraisse progressivement, la toux et l'expectoration s'atténuent puis disparaissent. La^e malade étant presque à terme, est dirigée sur la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine (Service du Professeur Ag. Lévy-Solal). Le travail commence dans la nuit du 7 au 8 juin. La malade est une primipare, la dilatation s'effectue normalement à partir de 6 heures du matin (O.I.D.P.). A 12 h. 15, la dilatation est complète, on rompt artificiellement les membranes, les efforts d'expulsion n'amènent ni dyspnée, ni cyanose ; la malade accouche spontanément à 12 h. 45 d'un garçon vivant pesant 3 kilos 020. A 13 h. 45, délivrance naturelle et complète, poids 570 grs. Les suites de couches furent normales, il n'y eut aucune poussée évolutive post-partum. La malade, en fort bon état, sort de la Maternité, le 25 juin 1930, elle est suivie depuis lors, régulièrement par le Centre de triage de l'Hôpital Saint-Antoine, et est toujours en très bonne santé. L'enfant, vacciné au B.C.G., se trouve actuellement en très bon état à la campagne.

**Tuberculeuse soignée par un pneumothorax artificiel
et devenue ultérieurement enceinte.**

OBSERVATION N° 28

Mme Fait. Georgette, 25 ans.

La malade, dont le père est décédé de tuberculose pulmonaire, se met à tousser et à cracher très fréquemment au cours de l'année 1923 ; ayant beaucoup maigri, son état général étant très sensiblement atteint, elle vient consulter à l'Hôpital de la Charité où l'on constate l'existence d'une tuberculose pulmonaire caséuse excavée en pleine évolution, à droite.

Un pneumothorax artificiel fut institué en mars 1924, et se montra très rapidement efficace. La malade, très améliorée, reprit son existence normale et travailla régulièrement au bout de quelques mois de traitement.

En avril 1927, la malade commence une grossesse qui fut bien supportée. Le 28 décembre 1927, elle fut prise dans la nuit des premières douleurs, transportée immédiatement à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut (Service du Professeur Ag. Le Lorier), elle accoucha dès son arrivée spontanément, à 2 h. 40 le 29 décembre, d'une fille vivante pesant 2 kilos 220. Délivrance naturelle et complète à 4 heures. Suites de couches non fébriles au début, mais le 4^e jour, la malade présenta des troubles nerveux assez inquiétants, s'accompagnant d'une température à 38°, et fit, à partir du 6^e jour, un état de confusion mentale presque démentiel ; à partir du 10^e jour, son état s'améliora graduellement. Le 17 janvier, la malade

put quitter la Maternité, tout à fait normale au point de vue intellectuel.

La malade, revue par la suite à différentes reprises au cours des années suivantes, et suivie par le centre de triage de l'Hôpital Boucicaut, a toujours été trouvée en parfait état général.

Son enfant se porte toujours bien.

Tuberculose ulcéro-caséreuse excavée, à marche évolutive rapide, traitée par un pneumothorax artificiel et devenue ultérieurement enceinte (cinq ans plus tard). — La grossesse et l'accouchement n'eurent aucune action défavorable. — Actuellement, huit ans après le début du traitement, plus de quatre ans après l'accouchement, l'état général est toujours extrêmement satisfaisant.

OBSERVATION N° 29

Mme Ast. Ida, 31 ans.

A la suite d'une bronchite contractée en janvier 1922, la malade a ressenti une fatigue persistante, s'est mise à tousser, et a commencé à maigrir progressivement; en février, la malade se mit à cracher ; vers le mois d'Avril, elle vint consulter au Dispensaire Léon Bourgeois, on constata alors la présence d'une lésion au niveau du poumon gauche, la malade fut mise au repos, mais son état ne s'améliorant cependant guère, elle continua à être suivie régulièrement par le Dispensaire. En février 1923, le Docteur Rist constata une aggravation de ses lésions, il existait en effet, alors à ce moment, des signes de condensation au niveau du sommet gauche, on entendait, à l'auscultation, des râles humides et la radiologie montrait la présence de 2 petites spélonques sous la clavicule gauche; l'expectoration enfin était bacillifère. Le Docteur Rist décida d'instituer un pneumothorax artificiel gauche ; bien que le décollement complet ne fut pas obtenu, une amélioration très sensible se produisit dès le début du traitement.

Au bout de 3 mois de traitement des adhéren-

ces persistaient, toutefois, toujours au sommet ; il existait en outre une petite réaction liquidienne. La malade partit alors en cure sanatoriale (Sanatorium de Leyssuel) ; le pneumothorax fut poursuivi au sanatorium pendant 6 mois, ensuite les adhérences persistant, on l'arrêta, la malade resta 9 mois en sanatorium, elle présenta toutefois pendant tout son séjour de la température vespérale et son expectoration demeura toujours bacillifère. En fin décembre, la malade commença une grossesse, mais elle fit un avortement de 2 mois en février (hémorragie, curettage) la malade resta ensuite dans le même état, ses règles réapparurent jusqu'au 10 mai 1926, en juillet, la malade, qui vomit assez fréquemment, qui se sent assez fatiguée, qui tousse davantage et maigrit d'une façon plus accusée, vient consulter et apprend qu'elle est enceinte. Par la suite, cette gestation fut mieux supportée, en particulier à partir du 7^e mois, à ce moment, l'auscultation ne montrait au niveau du poumon gauche qu'une respiration un peu soufflante et quelques rares craquements, de même au niveau du poumon droit où l'on ne percevait les craquements qu'après la toux.

La malade à terme, entre, le 26 février 1927, à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire) ; le 27 février le travail commence à 17 heures, et elle accouche spontanément le 1^{er} mars 1927, à 18 h. 10, d'un garçon vivant pesant 2 kilos 900. Délivrance naturelle et complète à 6 h. 40, poids 420 grammes. Suites de couches : température aux alentours de 38° du 4^e au 13^e jour, puis, retour à la normale en lysis. La malade quitta la Maternité le 14 mars en très bon état général, ne présentant aucun signe d'évolution pulmonaire. L'enfant, vacciné au B.C.G., séparé de la mère et envoyé en placement à la campagne, est actuellement bien portant. La malade partit ensuite pendant 2 ans en sanato-

rium; revue en février 1929, elle présentait un état très satisfaisant, mais s'obstinait à refuser une thoracoplastie proposée par le médecin chef du Sanatorium d'Angicourt, elle resta cependant encore un an au sanatorium. Elle en revint en mars 1930, ayant persisté à refuser l'intervention. Elle partit alors pour Marseille, où elle réside actuellement. Elle envoie toujours régulièrement de ses nouvelles, actuellement 4 ans après l'accouchement, son état général est toujours extrêmement satisfaisant.

Tuberculose ulcéro-caséreuse évolutive, soignée par un pneumothorax artificiel. — Deux ans après le début du traitement commence une grossesse bien supportée. — La malade ayant un bassin rétréci, on doit pratiquer une opération césarienne qui est fort bien supportée. — Un an après, la malade est toujours en parfait état.

OBSERVATION N° 30

(communiquée par le Docteur Braun)

Mme M., 28 ans.

La malade se présente chez le Docteur Braun, en fin octobre 1927, elle présentait, à ce moment, une grosse infiltration avec tendance au ramollissement au niveau du poumon gauche, la radiologie montrait d'ailleurs une zone de condensation assez étendue au niveau du lobe supérieur gauche, centrée par une spélouque de la grosseur d'une pièce de cinq francs.

Enfin, la malade, qui avait beaucoup maigri depuis six mois, toussait et crachait continuellement et son expectoration était bacillifère, l'état général semblait assez sensiblement atteint.

Le Docteur Braun décida d'instituer un pneumothorax artificiel gauche. La première insufflation eut lieu le 1^{er} décembre 1927 : —8 200 —6.

Dès la troisième insufflation, on obtint un bon décollement, le collapsus se révéla de suite efficace, l'état général de la malade s'améliora en effet bientôt considérablement; les insufflations furent poursuivies régulièrement, d'abord deux fois, puis une fois par semaines, elles comportaient chacune une quantité d'air de 200 à 400 cm³ au maximum,

ainsi, le 19 avril 1928 : 0 400 —4.

le 9 octobre 1928 : —2 400 0.

le 14 novembre 1928 : —10 350 —6.

le 16 février 1929 : —8 350 —4.

les insufflations furent poursuivies ainsi pendant toute l'année 1929, il ne se produisit jamais de liquide ; l'état général de la malade resta parfait ; depuis le début de l'année 1929, elle reprend son existence normale.

En octobre 1929, commence une grossesse qui est parfaitement bien supportée, en fin avril 1930, l'état de la malade est toujours satisfaisant, mais il se produit une petite réaction liquidienne du côté du pneumothorax, on continue à insuffler tout doucement ; au début de juin, le collapsus étant suffisant, on pratique la dernière insufflation.

D'autre part, l'examen obstétrical a révélé que la malade présente un bassin rétréci. Elle entre aux approches du terme de sa grossesse dans une Clinique d'accouchement du 14^e arrondissement, le Docteur Cousin pratique une césarienne corporéale dans la matinée du 23 juin, et extrait un garçon vivant pesant 3 kilos 200.

Malgré l'intervention, les suites de couches ont été absolument normales.

La malade, vue par nous-même le 3^e et le 6^e jour, se trouvait en parfait état et affirmait ne se ressentir en rien de l'intervention.

La malade rentra chez elle le 18^e jour en très bon état ; depuis lors, elle est toujours suivie régulièrement par le Docteur Braun, qui n'a pas jugé nécessaire de reprendre les insufflations. En fin mai 1931, plus de 11 mois après l'accouchement, l'état de la malade est toujours extrêmement satisfaisant. Son enfant se porte également très bien.

Tuberculose ulcéro-caséuse évolutive, avec spéléon-que du sommet gauche, soignée par un pneumothorax artificiel. — Un an après le début du pneumothorax, la malade commence une grossesse qui est bien supportée et accouche normalement. — Le traitement est régulièrement poursuivi par la suite pendant plus de deux ans. — On arrête alors les insufflations; quelques semaines après, la malade commence une seconde grossesse qui est fort bien supportée. — Actuellement, près de deux ans après ce second accouchement, l'état général de la malade est toujours très satisfaisant.

OBSERVATION N° 31

Mme Gau. Marguerite, 32 ans.

La malade a eu, en 1915, à l'âge de 16 ans, une congestion pulmonaire grave, au cours de laquelle elle a présenté de nombreux crachats striés de sang (Hôpital Broussais).

Mariée en 1922, la malade fait bientôt une première grossesse et accouche en septembre 1923. Au cours de cette gestation, elle se remit à tousser, accusa de nombreux points de côté et maigrit beaucoup, elle présenta enfin une température vespérale persistante.

L'enfant, longtemps malade, meurt en février 1924.

Dès lors, la malade qui s'était fort surmenée pour soigner son enfant, se trouvant en outre très affectée, présente une aggravation sensible de son état. Très asthénisée, ses forces diminuent, elle tousse continuellement et se met à cracher. Le 20 février, brusquement, elle fait une hémoptysie et vient con-

sulter dans les jours suivants, au Dispensaire Léon Bourgeois.

L'examen à ce moment révèle l'existence d'une large zone de condensation au niveau de la partie moyenne du poumon gauche où s'entendent de nombreux râles humides et où l'on perçoit également un souffle cavitairé. La radiologie montre d'autre part, de nombreuses taches et marbrures au niveau du tiers supérieur du poumon gauche, et particulièrement dans la région sous-claviculaire. Il existe sous la clavicule, dans l'angle hilo-claviculaire, une excavation de dimension moyenne ; la partie inférieure du champ pulmonaire présente enfin quelques taches non homogènes. D'ailleurs l'expectoration est bacillifère.

Le Docteur Rist et le Docteur Brissaud décident d'instituer un pneumothorax artificiel gauche. La malade est hospitalisée à l'Hôpital Laënnec, première insufflation, le 12 mars 1924 : —8 150 oxyg. 350 air —6.

2° insufflation, le 17 mars 1924 : —3 500 —1.

3° insufflation, le 22 mars 1924 : —4 600 —2.

Dès les premières insufflations, on a obtenu un bon décollement, le collapsus se montre efficace, l'état de la malade s'améliore considérablement, la toux et l'expectoration s'atténuent très sensiblement, la température disparaît, le poids augmente d'une façon satisfaisante.

Les insufflations sont poursuivies régulièrement tous les 8 jours, elles sont d'environ 4 à 500 cm³ d'air à chaque fois, ainsi le 4 avril : —3 475 —1.

le 17 mai : —5 450 —2.

En fin mai, la malade rentre chez elle et revient régulièrement se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois, elle part en fin août 1924, au Sanatorium de la Tuyolle et en revient en parfait état en octobre 1925.

A ce moment, la malade est au sixième mois d'une grossesse très bien supportée.

Les insufflations sont poursuivies régulièrement depuis son retour, une fois par mois, au Dispensaire Léon Bourgeois,

ainsi, 6 novembre 1925 : —12 700 —2.

4 décembre 1925 : —16 950 —2.

La dernière insufflation a lieu le 2 janvier, elle est de 600 cm³. La malade étant près du terme de sa grossesse, entre à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), le 5 janvier 1926, elle est prise des premières douleurs dans la nuit du 16 au 17 janvier (O.I.G.P.) et accouche spontanément le 17 janvier à 16 h. 20, d'un garçon vivant pesant 3 kilos 380. Délivrance naturelle et complète à 17 h. 20, poids 660 grs.

Suites de couches: la malade présente, le 18 janvier, des pertes abondantes, la température reste à 38° pendant 3 jours, le 25 janvier, la malade ne perd plus et sa température est revenue à 37°2. Le 30 janvier, l'état général est parfait, il n'existe aucun symptôme pulmonaire surajouté. Elle revient ensuite se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois,

ainsi, le 5 février 1926 : —15 275 —7.

le 26 février 1926 : —9 500 —2.

le 28 mai 1926 : —20 550 —6.

Mais l'enfant, longtemps malade, meurt en octobre 1926, la malade s'étant surmenée en le soignant, recommence à tousser et à cracher, son expectoration est à nouveau bacillifère, elle présente pendant quelques jours, une température persistante à 39° ; maigrit de 10 kilos en trois mois. Quelques taches légèrement suspectes déjà observées précédemment sur le poumon droit semblent alors en voie d'évolution, on propose à la malade d'instituer un pneumothorax droit et d'arrêter le gauche, elle refuse ; mais cette poussée évolutive qui dure pendant trois

mois environ, s'arrête par la suite, l'état général de la malade s'améliore considérablement, les symptômes suspects observés à la radiologie disparaissent. Le collapsus gauche est poursuivi dans les meilleures conditions jusqu'au mois de septembre 1928.

A ce moment, la malade est en parfait état, la guérison clinique semble obtenue, on arrête donc les insufflations, la malade continue cependant à être suivie par le Dispensaire Léon Bourgeois.

Elle commence en octobre 1928, une troisième grossesse parfaitement supportée. La malade entre à la salle de travail de la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), le 21 janvier 1929, à 13 heures. Le 22 janvier, à 1 h. 45, la dilatation est complète. La malade accouche spontanément à 2 heures d'un garçon vivant pesant 2 kilos 950 ; à 2 h. 15, délivrance naturelle et complète, poids 450 grs. Suites de couches : température à 37°8 le 3^e et le 8^e jour, 37°6, les 5^e et 6^e jours, à partir du 10^e jour, retour à la normale en lysis.

La malade sort de la Maternité le 15^e jour, en fort bon état, et continue par la suite à être suivie par le Dispensaire Léon Bourgeois. Actuellement, 2 ans et 4 mois après le second accouchement, l'état général est toujours parfait, la malade travaille régulièrement. Son dernier enfant, envoyé à la campagne, est toujours fort bien portant.

Tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale à évolution rapide, à prédominance gauche, soignée par un pneumothorax gauche. — Quatorze mois après le début du traitement, la malade, considérablement améliorée, supporte parfaitement bien une grossesse. — Une symphyse se produit au cours du traitement, on pratique une phrénicectomie, la malade accouche dans d'excellentes conditions. — Plus de quatre mois après l'accouchement, la malade poursuit actuellement, dans les meilleures conditions, une cure sanatoriale complémentaire.

OBSERVATION N° 32

Mme Chap. Marguerite, 19 ans.

La malade a perdu sa mère de tuberculose pulmonaire, elle vivait avec sa sœur également atteinte de tuberculose pulmonaire.

En décembre 1928, à la suite d'une grippe, la malade ressent de nombreux points de côté à gauche, elle tousse et crache depuis lors et a commencé à maigrir progressivement ; son état déclinant peu à peu, elle doit s'arrêter de travailler en fin février 1929 et vient consulter au Dispensaire Léon Bourgeois. Elle se plaint toujours à ce moment de points de côté douloureux et persistants, elle est un peu essoufflée, a beaucoup maigri, continue à tousser et à cracher fréquemment. A l'examen, on note à la percussion, une matité du sommet gauche. On entend à l'auscultation, d'assez nombreux et gros râles humides au niveau du tiers supérieur du poumon gauche, ces râles accompagnent un souffle cavitaire ; d'autre part, la respiration à la base est très nettement diminuée et il existe en outre, quelques bruits

surajoutées après la toux ; la radiologie montre la présence d'une condensation lobaire supérieure gauche centrée par une zone excavée de dimension moyenne.

Le Docteur Rist décide d'instituer un pneumothorax artificiel gauche,

La première insufflation a lieu le 23 mars 1929 :
—10 100 oxy. 370 air —6.

2° insufflation, le 25 mars : —8 450 —5.

3° insufflation, le 28 mars : —8 450 —3.

Les insufflations sont poursuivies régulièrement par la suite tous les 8 jours, elles sont d'environ 500 cm³.

Bien que la malade n'augmente pas régulièrement de poids, car il existe des alternatives d'augmentation et de diminution, elle engraisse de 3 kilos en 5 mois. Son état s'améliore très notablement.

La compression pulmonaire obtenue n'est pas très prononcée, mais le décollement est complet. Les résultats du collapsus sont assez satisfaisants. La malade sort de Laënnec le 1^{er} septembre, et revient régulièrement se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois, en attendant son envoi au sanatorium, son expectoration n'est plus bacillifère à ce moment, depuis un mois.

En janvier 1930, apparition de liquide, on doit suspendre le traitement pendant plusieurs semaines, il est ensuite repris régulièrement ; mais au début de l'été, la malade ne vient plus se faire insuffler. En juillet, elle est au deuxième mois d'une grossesse bien supportée. Elle se décide à revenir au Dispensaire Léon Bourgeois en fin septembre, elle présente à ce moment une légère atteinte de l'état général, le liquide est devenu purulent et il se produit d'ailleurs à ce moment une symphyse importante à ce niveau.

On note enfin la présence d'une interscissurite du côté opposé.

La malade est hospitalisée à Laënnec le 9 octobre 1930, elle est à ce moment enceinte de 5 mois et supporte parfaitement bien sa gestation; la radiologie montre la présence de plusieurs images cavitaires rétrécies dans le moignon pulmonaire qui est collabé à la paroi. On décide de pratiquer une phrénicectomie gauche. L'intervention a lieu le 7 novembre 1930. La radiologie montre alors une ascension assez nette du diaphragme. L'état général, par la suite, demeure extrêmement satisfaisant.

La malade, à terme, ressent les premières douleurs le 14 février 1931 à 2 heures elle est immédiatement envoyée à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), où elle accouche spontanément à 16 heures d'une fille vivante pesant 3 kilos 800, l'enfant, vacciné au B.C.G., et séparé de la mère, est envoyé en placement familial. Il est actuellement bien portant. Les suites de couches sont tout à fait normales.

La malade revient à Laënnec le 3 mars 1931, elle part le 12 en cure sanatoriale.

En juin 1931, la malade poursuit dans les meilleures conditions, sa cure au sanatorium.

Tuberculose ulcéro-caséuse évolutive, soignée par un pneumothorax artificiel. — Deux ans et demi après le début du pneumothorax, alors que le traitement est régulièrement poursuivi, la malade mène à terme, dans de bonnes conditions, une grossesse. — Mais dix mois après l'accouchement, la malade commence une seconde gestation; cette seconde grossesse, trop rapprochée de la première, est moins bien supportée. — On poursuit régulièrement le traitement et la malade accouche normalement à terme. — Dix-huit mois plus tard, de graves signes de bilatéralisation apparaissent; on institue un second pneumothorax, mais le collapsus complet n'est pas obtenu, l'évolution n'est pas enrayée. — L'état de la malade s'aggravant considérablement, on pratique la seule thérapeutique qui puisse être efficace: la section des brides, mais huit jours plus tard se produit une perforation. — La malade, qui continue à se cachectiser, meurt deux mois plus tard.

OBSERVATION N° 33

Mme Sor. Marie-Louise, 25 ans.

La malade, dont le père et la mère sont morts tuberculeux peu de temps avant, commence à se sentir très fatiguée au cours de l'année 1924, elle maigrit progressivement; à partir du mois de mai, elle se mit à tousser; la malade est admise à Laënnec le 23 juillet. A ce moment, l'auscultation met en évidence la présence au sommet droit, de nombreux râles humides, il existe à ce niveau une large zone de condensation, d'ailleurs, la radiologie montre une

condensation lobaire supérieure droite très accusée, enfin, l'expectoration est bacillifère.

On institue un pneumothorax droit le 4 mai 1924 : —6 100 oxygène 500 air —2.

2^e insufflation, le 8 août 1924 : —3 525 —2.

3^e insufflation le 12 août 1924 : —4 600 0.

Les insufflations sont poursuivies régulièrement, la malade augmente de poids d'une façon satisfaisante (5 kilos en deux mois). Elle sort, très améliorée, de Laënnec, le 29 septembre 1924, et continue à venir se faire insuffler régulièrement au dispensaire Léon Bourgeois. Elle part en mars 1925 au sanatorium de la Tuyolle, où elle engraisse de 10 kilos, son pneumothorax y est régulièrement entretenu, les insufflations étant de 5 à 600 cm³ d'air en moyenne à chaque fois.

La malade quitte le Sanatorium en Décembre 1925, rentrée à Paris, elle revient régulièrement se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois.

Six mois après, la malade commence une grossesse qui est bien supportée, elle accouche le 28 mars 1927 à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), d'une fille vivante qui fut immédiatement séparé de la mère. Les suites de couches furent tout à fait normales.

Par la suite, les insufflations sont poursuivies régulièrement.

Dix mois après, la malade commence une seconde gestation, cette seconde grossesse venant rapidement après la première est beaucoup moins bien supportée, les insufflations sont poursuivies, ainsi, 29 août 1928 : —6 700 —1.

La malade accouche à la Clinique Baudelocque le 9 octobre 1928, d'une fille vivante qui fut immédiatement séparée de la mère, et envoyée en placement à la campagne, comme la première. Aux der-

nières nouvelles, assez récentes, ces enfants étaient bien portants.

Par la suite les insufflations furent poursuivies comme par le passé, au Dispensaire Léon Bourgeois, mais il existait une bride empêchant le collapsus total.

Depuis son second accouchement, l'état de la malade est moins satisfaisant ; comme d'autre part, elle s'est remise à travailler, elle continue à se fatiguer énormément et son état pulmonaire s'en ressent beaucoup.

La malade est hospitalisée à nouveau à l'Hôpital Laënnec, le 5 mai 1930, à ce moment les symptômes suspects se sont accusés, il existe des marbrures marquées et de petites cavernes au niveau du poumon gauche (une sous-claviculaire, l'autre tétro-claviculaire); l'expectoration est à nouveau bacillifère. On institue un second pneumothorax gauche le 9 mai 1930 : —6 500 —1.

2° insufflation le 13 mai : —6 500 —2.

3° insufflation le 16 mai : —4 500 —1.

4° insufflation le 21 mai : —3 500 +2.

entre temps, on a réinsufflé à droite le 14 mai : —2 350 +1. Les insufflations sont ensuite régulièrement poursuivies en alternant à droite et à gauche.

La malade sort de Laënnec le 24 mai et revient régulièrement se faire insuffler, le collapsus paraît assez bon, mais la caverne la plus importante reste maintenue béante par une bride.

En octobre, la situation est toujours la même; du côté droit l'état est parfait, mais le collapsus gauche est insuffisant, aussi fait-on entrer à nouveau la malade à Laënnec pour pratiquer une section de brides, en novembre 1930, les lésions, en effet, se développent toujours à gauche, la malade crache continuellement (B.K. +); en outre des lésions laryngées se sont développées. La section de brides a

lieu le 6 novembre, le pleuroscope montre une volumineuse adhérence de 4 à 5 cm. de diamètre, cette adhérence est si volumineuse qu'elle doit contenir du poumon, mais en raison de la gravité de l'état de la malade, il paraît urgent de tenter la seule médication qui puisse être utile, c'est-à-dire la libération du moignon pulmonaire. Le pourtour de l'adhérence est fibreux. La section est pratiquée sans difficulté dans la paroi afin d'éviter une perforation. L'intervention terminée, il n'existe aucune suintement, et la plaie opératoire pariétale est marquée par une dépression exsangue. Les suites opératoires sont normales. La température qui s'était élevée à 39°7 le lendemain de l'opération, descend pour atteindre 37° le 7^e jour, mais ce jour-là il se produit, à la fin de la journée, un point de côté et une dyspnée violente, une prise de pression montre l'existence d'une perforation pulmonaire.

La température reste élevée pendant quelques jours et un épanchement purulent apparaît.

En décembre, la température s'abaisse, les examens de crachats sont négatifs, on ponctionne plusieurs fois l'épanchement purulent ; malgré l'état général très mauvais, les lésions laryngées qui s'accroissent, et l'aggravation continuelle à gauche, le côté droit dont les insufflations sont suspendues depuis la section de brides reste guéri.

En fin janvier, l'alimentation devient presque impossible du fait de la dysphagie entraînée par la laryngite. La malade meurt très cachectique le 5 février 1931.

Tuberculose ulcéro-caséuse traitée par un pneumothorax artificiel. — Au bout de deux ans de traitement, la collapsothérapie permet à la malade de supporter parfaitement bien une grossesse. — Accouchement normal. — Trois mois après l'accouchement, l'état général de la malade est toujours excellent, son traitement est régulièrement poursuivi.

OBSERVATION N° 34

Mme Por. Emma, 31 ans.

La malade a fait trois grossesses, en 1923, 1925, 1927. Peu après le troisième accouchement, la malade commence à ressentir de nombreux points de côté à droite, se sent très fatiguée et commence à maigrir progressivement (10 kilos en 4 mois).

En avril 1928, elle se met à tousser et bientôt apparaît une expectoration assez abondante, elle consulte un médecin qui trouve des lésions à droite, constate la présence de bacilles dans son expectoration et conseille un pneumothorax ; mais la malade, ne croyant pas à la gravité de son état, tempore, et part, peu après, en Italie.

Son état s'aggravant à son arrivée à Turin, elle entre à l'Hôpital où un pneumothorax droit lui est institué, un collapsus complet est assez rapidement obtenu, il se montre très rapidement efficace et est poursuivi sur place pendant un an. La malade, très améliorée, rentre alors en France (1^{er} août 1929) et vient se faire insuffler régulièrement au Dispensaire Léon Bourgeois, ainsi, 19 août 1929 : —3 200 —15.

Il existe, à ce moment, un épanchement assez abondant, on continue à insuffler doucement.

Le 14 juin 1930 on pratique une ponction de 500 cm³, mais la compression étant suffisante, on

arrête provisoirement les insufflations. La malade est alors au deuxième mois d'une grossesse très bien supportée. Le 11 décembre 1930, on pratique une nouvelle ponction de 1.750 cm³, suivie d'une insufflation de 1.550 cm³ d'air.

Le 26 décembre 1930, on pratique une nouvelle insufflation : 200 cm³ P. T. O.

La malade entre, le 15 janvier 1931, à la Maternité de l'Hôpital Tenon (Service du Professeur Ag. Ecalle) et accouche spontanément à 13 h. 30, d'un garçon vivant pesant 2 kilos 300. A 13 h. 50. délivrance naturelle et complète, poids 380 grs. Les suites de couches sont normales, sans température.

L'enfant, vacciné au B.C.G. a été immédiatement séparé de la mère, et mis à la Crèche de Laënnec, il est actuellement bien portant.

La malade, en bon état, revient à Laënnec le 18 février 1931, elle n'a qu'un peu d'affaiblissement, mais ne présente pas de température, le collapsus droit est toujours efficace, il n'existe plus que quelques gouttes de liquide au niveau du pneumothorax.

Les insufflations sont régulièrement poursuivies ainsi, le 26 février : —5 375 +2.

le 21 mars : —4 200 +3.

La malade reste un mois à Laënnec, au bout de ce temps, elle a engraisé de 2 kilos 500, n'a jamais eu de température, son état général est parfait, elle ne toussé plus, ne craché plus (l'expectoration n'est d'ailleurs plus bacillifère depuis plus de deux ans).

La malade rentre chez elle et revient régulièrement se faire insuffler à Laënnec, jusqu'en fin mars, où elle part au sanatorium d'Angicourt.

Actuellement, la malade poursuit sa cure et son traitement au sanatorium dans les meilleures conditions, 4 mois après l'accouchement, son état général est toujours parfait.

Tuberculose pulmonaire à marche évolutive rapide, à prédominance droite, traitée par un pneumothorax artificiel régulièrement poursuivi depuis six ans. — Au bout de quatre ans de traitement, la malade mène à terme une grossesse parfaitement bien supportée. — Dans les mois suivants, cependant, des signes suspects, depuis longtemps observés du côté opposé, paraissant avoir tendance à évoluer, on associe l'aurothérapie à la collapsothérapie et à la cure de repos poursuivie en sanatorium. — Actuellement, un an et demi après l'accouchement, l'évolution bilatérale paraît enrayée, l'état général est satisfaisant.

OBSERVATION N° 35

Mme Gra. Paula, 26 ans.

A l'âge de 19 ans au début de l'année 1925, la malade originaire de Turin a commencé à maigrir et à tousser en avril 1925 elle fit une hémoptysie ; elle entra alors à l'Hôpital de Turin où on lui institua un pneumothorax artificiel droit, qui se poursuivait normalement ; quelques mois plus tard, la malade vint à Nice où son pneumothorax fut poursuivi à l'hôpital Saint-Roch, par le Docteur Fighiera, qui donna les renseignements suivants : « collapsus parfait, poumon complètement rétracté, les insufflations ont été poursuivies régulièrement pendant plus de 3 ans ; dernière insufflation le 4 octobre 1928 : —20 600 —6 ».

A cette époque, la malade, qui ne tousse plus et ne crache plus, et présente un état général toujours très satisfaisant, quitte Nice et vient à Paris où son traitement est régulièrement poursuivi tou-

les les 3 semaines au Dispensaire Léon Bourgeois, il existe déjà cependant à ce moment des taches suspectes du côté opposé. On poursuit le traitement,

ainsi, 31 octobre : —20 400 —10,

19 déc. 1928 : —24 400 —12.

9 janvier 1929 : —24 400 —12.

2 avril 1929 : —22 400 —10.

A cette époque (avril) la malade est au 2^e mois d'une grossesse parfaitement bien supportée, le traitement est régulièrement poursuivi. En octobre 1929, la malade pèse 65 kilos 800.

On continue les insufflations :

18 octobre : —20 400 —10.

29 octobre : —14 250 —10.

Au début de novembre, la malade approche du terme de sa gestation, elle est dirigée sur la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire) où elle accouche spontanément le 9 novembre, à 0 h. 45, d'une fille vivante pesant 2 kilos 790, qui fut vaccinée au B.C.G., et séparée de la mère.

Délivrance naturelle et complète à 1 h. 25, poids 470 grs. Suites de couches : élévation de température à 39° le 6^e jour, puis retour à la normale en lysis.

La malade est réinsufflée à la Maternité le 12^e jour, son état général est extrêmement satisfaisant.

Elle quitte la Maternité le 17^e jour et revient à Laënnec où son traitement est régulièrement poursuivi, ainsi, le 29 novembre : —20 400 —4.

le 20 décembre : —8 250 —9.

Mais il semble à partir de janvier qu'une bande suspecte déjà observée depuis de longs mois sur le poumon gauche ait tendance à s'accroître et à se

développer ; le pneumothorax est poursuivi toutes les 3 semaines sans pousser :

ainsi, 12 janvier 1930 : —8 250 —9.

1^{er} février 1930 : —20 250 —10.

21 février 1930° : —28 250 —10.

14 mars 1930 : —14 250 —8.

Dès le début de l'année 1930, l'on associe l'aurothérapie à la collapsothérapie.

Depuis lors, le traitement est régulièrement poursuivi ; l'état général de la malade ne s'est pas aggravé ; partie en Sanatorium, elle poursuit actuellement sa cure, son état général est toujours très satisfaisant, 1 an et demi après l'accouchement. L'enfant est, également, toujours très bien portant.

Tuberculose fibreuse évolutive, à prédominance droite, traitée par un pneumothorax artificiel et devenue ultérieurement enceinte. — La malade supporta parfaitement bien sa grossesse et accoucha dans les meilleures conditions. — Plus de deux ans après l'accouchement, état toujours satisfaisant.

OBSERVATION N° 36

Mme D. Marie-Louise, 27 ans.

La malade, mariée à 20 ans, a 2 enfants bien portants. En 1924, elle fit une congestion pulmonaire grave et, depuis lors, elle continua à tousser et présenta fréquemment des points de côté douloureux. A la suite de fatigues et de surmenage aux quelles s'ajoutèrent des chagrins et des deuils, elle commença à maigrir, à partir de janvier 1926 elle accusa, en outre, d'abondantes sueurs nocturnes, se mit à tousser davantage et cependant continua à travailler.

Le 18 avril, brusquement, la malade fit une hémoptysie et vint consulter à l'Hôpital Saint-Antoine, on constata alors l'existence d'une condensation lobaire supérieure droite, il existait en outre une diminution de la respiration très nette au niveau du poumon droit, et de nombreux râles au sommet, la radiologie montrait d'autre part une diminution de transparence très marquée au niveau du lobe supérieur droit avec aspect granité caractéristique. Le sommet gauche s'éclairait mal à la toux, enfin, l'expectoration était bacillifère.

Le Docteur Braun et le Docteur J. Ragu-Frey décident d'instituer un pneumothorax artificiel droit.

1^{re} insufflation, le 10 mai 1926 : —10 200 —6.

2^e insufflation, le 13 mai 1926 : —12 400 —5.

3^e insufflation, le 18 mai 1926 : —12 300 —8.

Dès le début des insufflations, on obtient un bon décollement des deux tiers supérieurs du poumon, il subsiste cependant une bride à la partie moyenne.

On poursuit le traitement :

ainsi, 15 juin : —10 350 —8.

6 juillet : —12 375 —8.

En août, se produit une réaction liquidienne, on continue le traitement sans pousser,

ainsi, le 14 septembre : —2 100 +2.

le 11 octobre : —3 100 +2.

En novembre, la malade fit une bronchite, d'autre part, le liquide persistant et les signes de symphyse pleurale apparaissant, on arrête les insufflations, d'ailleurs la compression du poumon semble à ce moment, suffisante, et il existe un léger degré de déviation médiastinale.

A cette époque, la malade commence une grossesse (dernières règles du 10 au 15 octobre).

Cette grossesse est bien supportée, l'état de la malade est extrêmement satisfaisant. Aux abords du terme de sa gestation, la malade est dirigée sur la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire). Elle accouche spontanément le 7 septembre 1927, à 9 h. 15, d'un garçon vivant pesant 3 kilos. Délivrance naturelle et complète à 9 h. 45, poids: 470 grs.

Suites de couches: température normale, sauf une élévation à 38° le 2^e jour. Le 10^e jour, l'auscultation ne révèle que l'existence de signes pulmonaires très discrets: respiration très légèrement souff-

flante au sommet gauche, à droite, légère diminution du murmure vésiculaire.

L'enfant, placé à la campagne, va bien actuellement.

La malade rentre chez elle et reprend son existence normale.

A l'occasion d'une angine grave, elle fait, toutefois, une nouvelle hémoptysie au mois de février 1928, à ce moment on retrouve à nouveau des bacilles dans son expectoration (à l'homogénéisation), elle présente alors de la température à 38°, 38°5, pendant quelques jours. Elle fut mise au repos complet pendant 4 mois et tout rentra petit à petit dans l'ordre.

Revue plusieurs fois au cours des mois suivants, la malade présentait toujours un état satisfaisant, plus de 2 ans après l'accouchement. Par la suite, la malade n'est plus venue consulter à Saint-Antoine, et n'a plus donné de ses nouvelles.

CHAPITRE V

4° Groupe.

5 observations de Tuberculeuses devenues enceintes en cours de traitement d'un double pneumothorax.

Tuberculose traitée par un pneumothorax bilatéral chez une malade devenue peu après enceinte. — La malade a mené à bonne fin sa grossesse et a accouché tout à fait normalement. — Trois ans après l'accouchement, son état général est toujours très satisfaisant.

OBSERVATION N° I

(Cette Observation fut présentée le 8 décembre 1928 à la Section d'études Scientifiques de l'Oeuvre de la Tuberculose, par MM. les Docteurs Rist et Coulaud.)

La malade que MM. Rist et Coulaud présentèrent à cette séance, était traitée par un pneumothorax artificiel gauche depuis le 5 décembre 1927 ; ce pneumothorax avait été établi pour des lésions confluentes intéressant les trois quarts supérieurs du champ pulmonaire et une caverne de 3 cm. située sous la clavicule. Rapidement, on constata des signes de bilatéralisation ; un second pneumothorax fut alors institué à droite.

Six semaines plus tard, débuta une grossesse

qui se poursuivit sans incidents. La malade accoucha normalement le 16 août 1928, à Baudelocque, d'un garçon vivant pesant 2 kilos 500, qui est actuellement toujours très bien portant.

En décembre suivant, c'est-à-dire 4 mois environ après l'accouchement, les crachats étaient réduits à 2 ou 3 par semaine (au lieu de 10 précédemment) la laryngite tuberculeuse qui existait auparavant, était guérie, et le cliché montrait un éclaircissement progressif des moignons pulmonaires. Les deux pneumothorax ont été régulièrement entretenus depuis leur institution.

A la date du 8 décembre 1928, en publiant cette observation de grossesse menée à terme au cours d'un pneumothorax bilatéral, MM. Rist et Coulaud faisaient ainsi paraître le premier cas de ce genre.

Il nous a paru intéressant de savoir ce qu'il était advenu par la suite de cette malade, qui fut toujours régulièrement suivi depuis cette époque au dispensaire Léon Bourgeois ; près de 3 ans après l'accouchement, son état est toujours extrêmement satisfaisant.

Pneumothorax bilatéral et grossesse.

Tuberculose ulcéro-caséuse du sommet gauche à tendance évolutive rapide, soignée par un pneumothorax gauche institué en juillet 1924. — La malade avait été considérablement améliorée par la collapsothérapie, lorsqu'apparurent, deux ans plus tard, à la suite d'une broncho-pneumonie, des signes de bilatéralisation. — Un second pneumothorax institué alors se révéla également efficace. — Les deux collapsus furent régulièrement poursuivis. — Deux ans après l'institution du second pneumothorax, la malade supporte parfaitement bien une grossesse et accouche normalement. — Actuellement, plus de deux ans après l'accouchement, la malade, chez qui le traitement est toujours poursuivi, se trouve en parfait état et travaille régulièrement.

OBSERVATION N° 2

(Cette observation fut présentée le 11 mai 1929, par les Docteurs Triboulet et Valtis, à la section d'Etudes Scientifiques de l'Œuvre de la Tuberculose. Depuis plus de 2 ans, nous avons pu, avec notre ami le Docteur Triboulet, suivre régulièrement cette malade qui affirme elle-même que son état s'est considérablement amélioré depuis le début de sa grossesse. — Dans ce cas, comme dans notre observation N° 8 (3^e groupe), il semble donc que la gestation ait eu un heureux effet.)

Mme Evan. Stella, 29 ans.

La malade, d'origine grecque, est arrivée à Paris en 1920, à l'âge de 18 ans. Supportant fort mal au début le climat, se surmenant beaucoup dans son

travail, elle se met à tousser et commence à maigrir à la fin de l'année 1923 (elle maigrit de 10 kilos en 10 mois).

Dans les premiers mois de 1924, elle fait successivement une bronchite traînante, une grippe, une angine grave avec température élevée. Depuis lors, la malade a commencé à tousser et à cracher beaucoup, a présenté de la température vespérale, son amaigrissement s'est accentué très notablement. La malade vient consulter au Dispensaire Léon Bourgeois, en fin mai. L'auscultation révèle alors, une diminution de la respiration à gauche avec, au sommet de nombreux râles à tendance humide et en avant la percussion montre à ce niveau une matité assez prononcée. La radiologie, d'ailleurs, met en évidence une diminution de transparence non homogène sur toute la hauteur du champ pulmonaire gauche, avec aspect en mie de pain caractéristique à la partie supérieure. L'expectoration renferme en outre de nombreux B.K. On se trouve donc en présence d'une tuberculose en pleine évolution.

La malade est admise le 7 juillet 1924 dans le Service du Professeur Léon Bernard, à l'Hôpital Laënnec. A son entrée, la radiologie montre que l'évolution excavante s'est rapidement poursuivie : on trouve, en effet, une assez vaste spéléonque au sommet gauche et, d'ailleurs, on entend nettement un souffle cavitairé à l'auscultation.

En présence de la marche rapide de cette tuberculose ulcéro-caséuse à prédominance lobaire supérieure gauche très nette (il n'y a que quelques taches dans la région hilairé droite), le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet, décident d'instituer un pneumothorax artificiel gauche, à ce moment la malade pèse 53 kilos 200.

1^{re} insufflation, le 22 juillet 1924 : —22 300 —16.

2^e insufflation, le 24 juillet 1924 : —22 300 —12.

3^e insufflation, le 27 juillet 1924 : —10 450 —10.

Les insufflations sont poursuivies régulièrement aux alentours de 400 cm³.

Un mois après le 28 août, la malade a repris plus de 6 kilos (poids 59 kilos 800). Dès le début, on a obtenu un collapsus complet, l'amélioration est considérable, on poursuit le traitement,

ainsi, 9 septembre : —8 325 —6.

16 octobre : —12 400 —6.

la malade pèse 60 kilos le 6 septembre, 63 kilos 5 le 13 octobre. Le 25 octobre, elle sort de l'Hôpital, pesant 64 kilos 200 ayant engraisé de 11 kilos en trois mois.

Les insufflations sont régulièrement poursuivies pendant 31 mois. Pendant ce temps, la malade engraisse de plus de 20 kilos, son état général est extrêmement satisfaisant ; mais en décembre 1926, deux ans et demi environ après le début du traitement, la malade fait chez elle une nouvelle grippe avec bronchite et congestion s'accompagnant d'une température à 40° pendant assez longtemps. L'expectoration réapparaît : le médecin de ville porte le diagnostic de broncho-pneumonie. Au bout d'un mois de maladie, la température restant toujours aux alentours de 39°, la malade est admise à nouveau à l'Hôpital Laënnec, ayant maigri d'environ 7 kilos.

A son entrée, les examens radiologiques révèlent une persistance très nette à gauche du décollement (la dernière insufflation a eu lieu 4 jours plus tôt) le parenchyme pulmonaire bien qu'un peu assombri semble normal sauf dans la région hilare où se voient quelques taches ; à droite, au contraire,

il existe de fines taches disséminées, sur la totalité du champ pulmonaire, mais prédominant à la partie moyenne, on note sous la clavicule la présence de taches claires indiquant l'existence de petites spelonques.

L'auscultation révèle d'ailleurs, à ce moment, la présence à droite de râles assez gros à tendance humide. Enfin, la percussion montre une matité du sommet droit.

Devant cet aspect, le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet décident de n'entretenir le pneumothorax gauche qu'à intervalles assez éloignés et d'instituer un pneumothorax droit. Le 24 février 1927, on insuffle encore à gauche : —10 100 —6. Le 26 février a lieu la première insufflation à droite : 200 oxygène, 200 azote, —8. Le 1^{er} mars deuxième insufflation à droite : —14 400 —10.

le 4 mars, troisième insuffl. à droite : —10 300 —6.

le 9 mars, on insuffle à gauche : —12 200 —3.

le 11 mars, à droite : 400.

le 15 mars, à gauche : 150.

Par la suite, les insufflations sont poursuivies régulièrement deux fois par semaine, une fois à droite et une fois à gauche,

ainsi, le 6 mai, à droite : —14 375 —10.

le 10 mai, à gauche : —6 150 —4.

La malade sort de l'Hôpital le 25 juin 1927. Elle revient régulièrement se faire insuffler de la sorte au Dispensaire Léon Bourgeois pendant 17 mois ; mais, alors qu'elle avait toujours été réglée régulièrement jusque là, la malade ne présente plus ses règles à partir du 30 juin 1928.

En septembre, on met en évidence un début de grossesse qui évolue normalement et est bien supportée. Le 6 décembre 1928, la malade étant au 5°

mois de sa grossesse, est hospitalisée à nouveau à l'Hôpital Laënnec, afin d'être suivie de près ; elle pèse, à ce moment, 60 kilos.

Comme, depuis le 15 novembre, le CO^2 alvéolaire égale 29 mm. de HG, on ne poursuit alors que le pneumothorax droit tous les 4 jours environ, quantités d'air variant entre 175 et 225 cm³.

Au contraire, après son entrée à l'Hôpital, la respiration s'effectue dans des conditions tout à fait satisfaisantes : ainsi, à partir du 12 décembre, le CO^2 alvéolaire égale 35 mm. de HG. et le métabolisme basal égale 6 %, en conséquence, les insufflations du côté gauche sont reprises en les faisant alterner avec celles du côté droit en fin décembre,

ainsi, le 28 décembre à gauche : —6 90 —2.

le 31 décembre à droite : —11 225 —8.

de même, le 25 jan. 1929, à gauche : —8 90 —2.

le 28 janvier 1929, à droite : —12 200 —9.

La malade reçoit donc à nouveau deux insufflations par semaine, une de chaque côté. En février et en mars, les insufflations sont continuées à la même cadence, c'est-à-dire entre 70 et 100 cm³ pour le côté gauche ; entre 200 et 250 cm³ pour le côté droit. Le CO^2 alvéolaire reste aux environs de 35 mm. HG.

Le 28 mars 1929, la malade étant près du terme est dirigée sur la Maternité Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), elle entre en travail dans la nuit du 6 au 7 avril 1929 ; le 7 avril, à 2 h. 45, la dilatation est complète et la malade accouche spontanément à 3 heures d'une fille vivante pesant 3 kilos 500. Délivrance naturelle et complète à 3 h. 40, poids 420 grs. Suites de couches à peu près normales ; cependant, 38°, le 4^e jour et retour à la normale en lysis le 10^e jour.

L'enfant, isolé de la mère et vacciné au B.C.G. est envoyé à la campagne ; cette fillette actuellement âgée de deux ans, se porte à merveille.

Pendant tout son séjour à la Clinique Baudelocque, la malade, en parfait état, continue à être insufflée deux fois par semaine (une fois à droite, une fois à gauche).

La malade sort de la Maternité le 21 avril et retourne à Laënnec. A son retour, le CO^2 alvéolaire est notablement augmenté : il est en effet passé aux environs de 46 mm. HG. Il gardera par la suite une valeur sensiblement égale.

Le 3 mai, on a les chiffres suivants :

$$\text{A C} = 440.$$

$$\text{C V} = 1.100.$$

$$\text{Ventilation} = 89, 88.$$

$$\text{Air résiduel} = 230, 56.$$

$$\text{Capacité totale} = 1 \text{ litre } 331.$$

Les insufflations sont continuées à la même cadence entre 200 et 300 cm³ à droite ; entre 70 et 100 cm³ à gauche.

Le 20 août 1929, la malade sort de Laënnec, pesant 67 kilos 800. Depuis sa sortie de Laënnec, la malade revient régulièrement se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois,

ainsi, 14 avril 1930, à gauche : —5 · 90 +5.

17 avril 1930, à droite : —12 275 —8.

de même, 20 sept. 1930, à gauche : —7 150 +2.

29 sept. 1930, à droite : —18 450 —8.

et 3 décembre 1930, à gauche : —10 190 +11.

8 décembre 1930, à droite : —16 500 —6.

A ce moment (décembre 1930), la malade, qui était un peu fatiguée, s'étant surmenée dans son travail, rentre, pendant quelques jours à l'Hôpital, elle

y reste un mois en très bon état, ayant pendant ce court séjour repris 2 kilos.

Les insufflations sont toujours régulièrement poursuivies, tant à droite qu'à gauche, ainsi, le 3 janvier 1931 à gauche : —7 175 +8, et le 5 janvier 1913 à droite : —16 450 —6. Le 8 janvier, la malade rentre chez elle et reprend son travail, elle continue depuis à venir régulièrement se faire insuffler, son état général est parfait. En fin avril, la malade donne toujours l'impression de la santé la plus florissante, plus de 2 ans après l'accouchement.

Tuberculeuse enceinte chez laquelle a été institué un pneumothorax artificiel bilatéral. — Grâce au traitement, la malade a pu mener à terme sa grossesse et a accouché normalement.

OBSERVATION N° 3

(Cette observation parut en septembre 1929, dans *Beitrage zur Klinik der Tuberkulose*, sous la signature du Docteur Wilhem Roloff, de Berlin, qui a bien voulu nous en communiquer l'épilogue.)

Mme Jan. Ruth.

Cette femme, tombée malade en fin février 1927, entra au Sanatorium Municipal de Berlin (Waldhaus-Charlottenburg), en octobre 1928. On trouva à son entrée des lésions bilatérales avec de nombreux râles humides à l'auscultation, à ce moment elle expectorait assez fréquemment des crachats hémoptoïques mais l'examen ne permit cependant pas de mettre en évidence la présence de B. K. Les lésions paraissant très rapidement évolutives on institua un pneumothorax droit le 19 novembre 1928 et un pneumothorax gauche le 22 janvier 1929 ; cette thérapeutique améliora grandement l'état de la malade qui se trouvait en outre en fin décembre 1928 au 7^e mois d'une grossesse ; sa température vespérale disparut, elle engraisa régulièrement, sa toux et son expectoration s'atténuèrent très sensiblement ; les insufflations des deux côtés furent poursuivies régulièrement, ainsi la dernière eut lieu le 18 mars 1929 :

à droite : —10 —3 400^h —7 0
à gauche : —10 —3 400 —8 0

Elle ne procura aucune oppression à la malade : La malade présenta les premières douleurs à 2 heures du matin, le 1^{er} avril, elle accoucha spontanément à 4 heures, d'une fille vivante. Après l'accouchement, elle n'accusa qu'une légère fatigue et ne présenta ni dyspnée, ni troubles circulatoires. Pour empêcher un retentissement pulmonaire de la décompression abdominale on mit sur le ventre, immédiatement après la délivrance, un sac de sable de 3 kilos, que l'on fixa par un bandage fortement serré et l'on fit quelques instants après une double insufflation :

à droite : —9 —4 300 —6 0

à gauche : —9 —4 300 —8 0

Les suites de couches furent normales, sans hémorragies.

L'enfant, qui pesait 3 kilos 700, ne présentait aucun signe de tuberculose, elle fut immédiatement séparée de la mère ; on la conduisit quelques heures plus tard dans une pouponnière où elle se trouve encore actuellement en excellente santé.

La mère, en fort bon état, se leva le 12^e jour.

On reprit les insufflations 8 jours après l'accouchement ; elles eurent lieu peu après tous les quinze jours, puis toutes les 3 semaines. Elles furent toujours pratiquées simultanément.

Six mois plus tard, cependant, comme un épanchement pleural s'était développé à droite, on interrompit le pneumothorax de ce côté-à. Comme on trouva en outre, à ce moment, quelques bacilles dans l'expectoration, on pratiqua une phrénicectomie à droite. Le pneumothorax gauche fut poursuivi par la suite au sanatorium ; la malade, dont l'état général était satisfaisant, rentra chez elle 11 mois après l'accouchement, elle revint régulièrement se faire

réinsuffler. Mais, en fin octobre 1930, elle fut à nouveau admise au sanatorium, à ce moment, elle avait à nouveau maigri (2 kilos 500 en 2 mois), son expectoration était à nouveau bacillifère, son état s'aggrava rapidement, elle devint de plus en plus dyspnéique et mourut le 3 décembre 1930.

Tuberculose ulcéro-caséuse du sommet gauche, à tendance rapidement évolutive, traitée par un pneumothorax artificiel gauche, en mai 1928. — La collapsothérapie avait considérablement amélioré la malade lorsque, vingt-deux mois plus tard, en mars 1930, la malade commence à présenter des signes de bilatéralisation; d'autre part, la malade commence une grossesse au début de juin 1930. — Pour lutter contre les signes de bilatéralisation survenus avant la grossesse et pour mettre, d'autre part, la malade en état de la supporter convenablement, on institue un second pneumothorax le 29 juillet 1930, celui-ci se révèle immédiatement efficace. — La double collapsothérapie permet à la malade de mener à bien sa grossesse. — Elle accouche normalement. — Quelques mois après l'accouchement, son état est très satisfaisant.

OBSERVATION N° 4

Mme Val. Marie, 20 ans.

La malade a perdu, quelques années plus tôt, en 1920, son père, atteint de tuberculose pulmonaire ; quelques semaines plus tard, elle se met à tousser elle-même, examinée au Dispensaire, on y découvre un voile du poumon gauche. Elle fut alors envoyée pendant 2 ans au Préventorium d'Ormesson, elle en revint en parfait état en 1922 ; mais en 1926, son frère qui habitait avec elle meurt à son tour de tuberculose pulmonaire.

En octobre 1927, à la suite d'une bronchite, la malade s'est mise à tousser et à cracher, en même temps, elle perd l'appétit et présente un amaigrissement rapide (elle perd 5 kilos en un mois), elle se sent, en outre, extrêmement fatiguée et sa tempé-

rature s'élève chaque soir à 38° , $38^{\circ}5$. Le repos n'amenant aucune amélioration, la malade vient consulter en fin janvier 1928, au Dispensaire Léon Bourgeois. A ce moment, son état général est gravement atteint. L'expectoration renferme de très nombreux B. K., elle tousse et crache constamment et sa température dépasse 39° , $39^{\circ}5$ chaque soir.

La malade est hospitalisée à Laënnec le 20 mars 1928. A son entrée, on entend, à l'auscultation, de nombreux râles humides au sommet gauche, et la radiologie montre à gauche un voile prononcé recouvrant tout l'hémithorax et, en outre, de nombreuses inarbrures, ainsi que des taches non homogènes très accusées, occupant la plus grande partie du champ pulmonaire, mais surtout abondantes au niveau du hile ; à ce niveau, deux bandes parallèles donnant un aspect curieux vont du hile à la clavicule.

Le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet décident d'instituer un pneumothorax artificiel gauche. Les premières insufflations ont lieu au début du mois de mai 1928; on obtient dès la seconde insufflation un décollement complet, le collapsus se montre très rapidement efficace, on a d'ailleurs pu arriver à dépasser dès la troisième insufflation 500 cm^3 d'air. L'état général s'améliore considérablement, la toux et l'expectoration diminuent dans de grandes proportions, on ne trouve plus de B.K. dans les crachats ; en juillet 1928, la malade part au sanatorium de Brévannes, elle y restera jusqu'en janvier 1929. Les insufflations sont régulièrement poursuivies au sanatorium.

A sa sortie, la malade présente un état satisfaisant, tant au point de vue général que pulmonaire, il existe toutefois depuis quelques semaines, une petite poussée liquidienne sous le pneumotho-

rax. La malade continue à se faire insuffler régulièrement au Dispensaire Léon Bourgeois, ainsi le
22 mai 1929 : —28 125 —2.
2 octob. 1929 : —14 125 —2.

A cette date, le collapsus est toujours excellent, mais la radiologie montre, du côté droit : « un semis de taches apparaissant à la toux avec une petite image claire et circulaire au centre ». On poursuit les insufflations en diminuant la quantité d'air insufflée, et en espaçant les séances,

ainsi, le 13 novembre 1929 : —6 50 +4.

22 janvier 1930 : —10 75 +2.

A ce moment, on insuffle tous les 15 jours.

Mais la petite place claire excavée, d'allure suspecte, observée à la radio, subsiste toujours.

Enfin, en mars 1930, la malade tousse et crache à nouveau beaucoup, on trouve des B.K. dans son expectoration, cependant, son état général se maintient d'une façon assez satisfaisante, pas de température vespérale. A l'examen, l'auscultation révèle à droite, dans la partie moyenne du poumon, la présence de nombreux râles humides ; en même temps, la radiologie met alors assez nettement en évidence, l'existence d'une spéléonque périciliaire dont on a suivi le développement et l'accentuation depuis 6 mois.

En présence de ces symptômes de bilatéralisation, le Docteur Triboulet songe à instituer un pneumothorax de l'autre côté, en attendant les insufflations du côté gauche sont régulièrement poursuivies, sans pousser, ainsi 7 mai 1930 : —22 150 —2.

16 juin 1930 : —8 150 —4.

A ce moment, on voit à droite, dans la partie supérieure du hile que la tache lancéolée suspecte présente en son centre une petite ahfractuositè maintenant très nette.

D'autre part, la malade ayant présenté ses dernières règles dans le courant de mai, il semble alors qu'elle commence une grossesse. En juillet, la gestation de la malade se confirme, à ce moment, l'image longtemps suspecte et suivie progressivement depuis 10 mois, est maintenant nettement visible sous forme d'une grosse image lacunaire.

Le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet décident d'hospitaliser la malade afin d'instituer chez elle un second pneumothorax. La malade entre le 21 juillet 1930 à Laënnec.

On espace les insufflations du côté gauche, et on pratique la première insufflation du côté droit le 8 septembre 1930 : —12 300 —4.

2^e insufflation, 10 sept. : —14 400 —8.

3^e insufflation, 15 sept. : —12 450 —8.

Dès les premières insufflations, la toux et l'expectoration diminuent, on ne trouve plus de B.K., la fièvre disparaît, l'état général devient rapidement réellement satisfaisant. A partir du 19 septembre, les insufflations du côté droit n'ont plus lieu qu'une fois par semaine, en même temps, on reprend les insufflations du côté gauche qui, elles, ont lieu toutes les trois semaines et qui sont en moyenne de 75 cm³ à chaque fois,

ainsi, 19 sept., à droite : —9 400 —5.

25 sept., à droite : —11 500 —5.

8 octobre, à gauche : —10 75 + 12.

Les insufflations sont alors poursuivies à cette cadence en augmentant progressivement les quantités insufflées à droite,

ainsi, 15 octobre 1930 : —11 550 —6.

17 novembre 1930 : —13 575 —7.

17 décembre 1930 : —13 600 —6.

On a alors obtenu un très bon décollement à droite et on peut, par la suite, réduire un peu,

ainsi, 25 décembre 1930 : —11 550 —6.

4 janvier 1931 : —12 450 —6.

La grossesse de la malade se poursuit d'autre part normalement et sa compression s'ajoute à celle du pneumothorax. La malade, que nous suivons régulièrement, supporte parfaitement bien sa gestation. Il n'y a plus jamais eu de B.K. dans l'expectoration.

Prise des premières douleurs le 3 mars 1931, à 7 heures du matin, elle est transportée à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire) et accouche spontanément, sans incidents, en notre présence, à midi 30, d'une fille vivante pesant 2 kilos 690. Délivrance naturelle et complète à 1 h. 10, poids 550 grs.

Le 5 mars, la malade est réinsufflée à Baudelocque, à droite : —10 325 —7.

à gauche, où il existe un peu de liquide, on insuffle également 40 cm³, pression terminale + 12.

Le 10 mars, la malade est réinsufflée à droite : —10 350 —6. Les suites de couches sont normales, il n'y a pas eu d'élévation de température. La malade, qui va parfaitement bien, sort de la Maternité le 22 mars 1931, et revient régulièrement se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois, où ses deux collapsus sont poursuivis comme par le passé.

Comme avant l'accouchement, la malade a actuellement repris son travail normal en mai 1931. Trois mois après l'accouchement, son état général est extrêmement satisfaisant. Son enfant, vacciné au B.C.G., séparé et envoyé en placement, va parfaitement bien.

Tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale, à marche évolutive extrêmement rapide, chez une femme devenue ultérieurement enceinte. — Un pneumothorax artificiel bilatéral, qui se révéla immédiatement efficace, permit à la malade de mener à bonne fin sa grossesse. — L'accouchement n'a eu aucune influence fâcheuse. — Actuellement, dix mois après l'accouchement, la malade, qui continue régulièrement son traitement, est en fort bon état général et va partir en cure sanatoriale complémentaire.

OBSERVATION N° 5

Mme Va. Jeanne, 21 ans.

La malade commença à maigrir progressivement à partir du mois d'octobre 1928, elle se sentait en outre continuellement fatiguée. Elle ne présenta plus ses règles à partir du mois de février 1929 au mois de mai, elle fit une hémoptysie et continua à maigrir (13 kilos en 4 mois). En octobre 1929, elle vient consulter, à l'Hôpital Laënnec, le Docteur Rist, qui découvrit l'existence d'un pneumothorax spontané à gauche, ce pneumothorax se serait déclaré quelques mois plus tôt, ce qui expliquait la dyspnée et l'essoufflement que la malade accusait depuis assez longtemps. A son entrée, le Docteur Rist mit également en évidence une atteinte déjà importante, du côté opposé au pneumothorax que la radiologie confirma en montrant d'assez nombreuses taches à droite.

Le Docteur Rist décida, en conséquence, de transformer le pneumothorax spontané gauche en pneumothorax artificiel et d'en instituer un second à droite par la suite ; dès les premiers jours de no-

vembre on commença l'entretien du pneumothorax gauche. D'autre part, à cette époque, la malade commençait une grossesse.

1^{re} insufflation à gauche, 30 novembre : o, oxygène : 100, air : 300, —3.

2^e insufflation, à gauche, le 2 déc. : —6 400 —3.

3^e insufflation, à gauche, le 6 déc. : —8 400 —3.

ensuite : le 14 décembre : 7 400 —2.

le 4 janvier : —8 500 —3.

le 11 janvier : —6 450 —3.

Mais au début de janvier, les lésions droites semblent être en voie d'évolution, la température vespérale reste continuellement aux alentours de 38°, 38°5, l'état général paraît s'aggraver, l'expectoration contient toujours des bacilles. Le Docteur Rist décide d'instituer un second pneumothorax à droite : 1^{re} insufflation à droite : le 13 janvier : —8 oxygène : 100 air : 200 —3.

2^e insufflation à droite, le 16 janv. : —7 300 —4.

On fait une nouvelle insufflation à gauche le 18 janvier : —7 425 —3.

Le 21 janvier, on insuffle à droite : —7 350 —5.

On poursuit ensuite les insufflations régulièrement 2 fois par semaine, une fois à droite, une fois à gauche. ainsi, le 6 fév., à gauche : —9 350 —7.

le 8 février, à droite : —6 350 —3.

de même, par la suite,

ainsi, le 10 mars, à gauche : —4 400 —2.

le 10 mars, à droite : —9 500 —4.

La malade part en sanatorium le 18 mars, son traitement y est régulièrement poursuivi, une semaine d'un côté, une semaine de l'autre, au cours de ce séjour, on obtient une compression très satisfaisante des deux côtés, la malade ne présente plus ni toux, ni température, son expectoration n'est plus bacillifère, son état général est extrêmement satisfaisant, elle supporte parfaitement bien sa grossesse.

La malade étant près du terme est envoyée à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire). Elle y accouche à terme, le 1^{er} août 1930 ; à dilatation complète on fit une application de forceps et l'on extrait un garçon vivant pesant 2 kilos 820. Délivrance naturelle et complète une demi-heure plus tard poids : 660 grs. Suites de couches sub-fébriles : assez bon état général. Le 15 août la malade fut, sur sa demande, renvoyée au sanatorium. Son état, pendant ce nouveau séjour, y fut constamment satisfaisant, les insufflations y furent poursuivies comme par le passé, dernière insufflation au sanatorium le 7 octobre 1930 : —8 350 —4 à gauche. Au cours de ce séjour, on arrêta, en effet, les insufflations à droite, la compression obtenue paraissant suffisante et l'évolution paraissant arrêtée ; la malade rentra sur sa demande expresse pendant un mois dans son pays, quittant Laënnec le 8 octobre ; pendant ce séjour, elle suspendit ainsi son traitement. Le 12 novembre, elle revint à Paris à l'Hôpital Laënnec où l'on poursuivit alors depuis son traitement.

Actuellement, 10 mois environ après son accouchement, elle est toujours en parfait état, on continue à l'insuffler régulièrement, elle a engraisé d'une façon tout à fait satisfaisante, elle doit repartir sous peu en cure sanatoriale complémentaire.

Son enfant, vacciné au B.C.G., séparé et mis en placement à la campagne, est toujours, actuellement, très bien portant.

CHAPITRE VI

Sur l'ensemble de nos 70 observations, 5 (celles du 4^e groupe), concernent des femmes ayant accouché en cours de traitement par le double pneumothorax ; ces quelques observations ne permettant évidemment pas l'établissement d'une opinion suffisamment étayée, nous ne nous sommes occupés, pour établir notre statistique, que des 65 autres observations des 3 premiers groupes.

De l'étude de ces 65 observations de femmes traitées par le pneumothorax artificiel, ayant mené à bonne fin une ou plusieurs gestations, nous avons tiré les *résultats suivants* :

Sur 30 malades suivies pendant plus de 2 ans, nous n'avons observé que 6 bilatéralisations (obs. n^{os} 7, 10 et 18 du 2^e groupe, le n^o 10 ayant d'ailleurs été bilatérale avant le traitement ; obs. n^{os} 12, 19 et 33 du 3^e groupe). Une seule d'entre elles est décédée (n^o 33 du 3^e groupe). D'ailleurs, plusieurs d'entre ces 6 malades présentaient des symptômes suspects de l'autre côté, avant le traitement.

Les 35 autres malades ont accouché trop récemment pour qu'on puisse, s'appuyant sur l'aspect satisfaisant actuel, préjuger de l'avenir.

Sur les 30 malades suivies pendant plus de 2 ans, nous n'avons donc observé que 20 % de bilatéralisations.

Les 24 autres malades suivies pendant plus de 2

ans (observ. n° 5 et obs. princeps du 1^{er} groupe. — obs. n°s 3, 6, 8, 11, 12, 14, 17, 19, 20, 21, et 23 du 2^e groupe. — Obs. n°s 5, 17, 20, 21, 23, 24, 26, 28, 29, 31 et 36 du 3^e groupe) sont toutes en très bon état (quelques-unes ont été suivies pendant 5 et 6 ans, comme, par ex., l'obs. n° 26 du 3^e groupe).

Sur l'ensemble de nos 65 malades nous n'avons observé que 6 décès. Sur ces 6 femmes décédées, 4 étaient bilatérales avant le traitement, chez l'une (obs. n° 22, 3^e groupe), les lésions d'un côté avaient été cicatrisées par le pneumothorax qui avait, d'ailleurs, été arrêté. Six mois plus tard, la malade commençait une grossesse, on nota à ce moment une aggravation des lésions du côté opposé, on proposa alors à la malade de bilatéraliser son pneumothorax, mais elle refusa, et son état s'aggrava tout au long de sa grossesse. Elle mourut 8 jours après l'accouchement, de rupture d'anévrysme de Rasmussen. Chez une autre malade (obs. n° 13, 3^e groupe), les lésions fort graves d'un côté, avaient été améliorées par le pneumothorax, mais la malade présentait encore une expectoration bacillifère, une grossesse survenant alors, une aggravation très nette se produisit, bientôt du côté opposé au pneumothorax. Là encore, la malade refusa la bilatéralisation de son pneumothorax ; elle décéda un an après l'accouchement.

Dans l'observation n° 14 (3^e groupe), il s'agissait d'une forme fibreuse hémoptoïque unilatérale dans laquelle la malade continua à présenter des hémoptysies importantes, au cours du traitement, d'autre part, la malade, envoyée au sanatorium, avait mal supporté les fortes pressions (crises cardiaques, tachycardie, paroxystique, palpitations, tendances aux lypotymies), aussi au bout de 18 mois de traitement, bien qu'améliorée, elle refusa de poursuivre les insufflations. Quatre mois après elle commença une grossesse au cours de laquelle ses lésions,

qui n'étaient plus comprimées, se développèrent et s'étendirent, elle accoucha cependant normalement, mais par la suite, son état continua à s'aggraver, elle mourut 11 mois plus tard.

Dans l'observation n° 15 (3^e groupe) le pneumothorax avait amené une amélioration très nette, malgré la persistance d'une large adhérence scissurale. Plus de 2 ans après le début du traitement, il se forma une série de tractus et de brides qui finirent par rendre impossibles les insufflations. Peu de temps après cette interruption obligatoire du traitement, la malade commença une grossesse, il se produisit en même temps une très rapide aggravation des lésions du côté opposé. La malade mourut un mois après l'accouchement.

Dans l'observation n° 16 (2^e groupe), la malade interrompit son traitement quelques jours après l'accouchement, s'obstinant à refuser de suivre les prescriptions médicales, alors que de graves lésions du côté opposé auraient nécessité d'urgence l'institution d'un thérapeutique palliative, elle se cachectisa de plus en plus, et mourut 4 mois et demi plus tard.

Dans l'observation n° 33 (3^e groupe), la malade mena à terme deux grossesses sucessives trop rapprochées l'une de l'autre, 18 mois plus tard, des lésions se développant du côté opposé, on institua un second pneumothorax qui amena une certaine amélioration, malheureusement, on ne put obtenir le collapsus complet ; devant l'aggravation rapide de la malade qui présentait en outre une laryngite bacillaire, on pratiqua une section de brides qui amena une certaine amélioration, mais une perforation se produisit 8 jours plus tard et, d'autre part, la laryngite tuberculeuse entraînant une dysphagie presque absolue, la malade se cachectisant de plus en plus, mourut 2 mois plus tard.

Dans ces six observations, il s'agit de malades qui ont (3 observations) arrêté le traitement de leur propre initiative où chez lesquelles (3 observations de malades bilatérales avant le traitement) l'extension des lésions commanda dans un cas l'interruption du pneumothorax, dans un autre, un processus de symphyse en empêcha la continuation, dans un 3^e cas, une tuberculose laryngée aggrava considérablement l'état de la malade qui finit par succomber, la collapsathérapie lui avait cependant permis de supporter 2 grossesses survenues trop rapidement l'une après l'autre.

Il va sans dire que dans ces 6 dernières observations, toute gestation avait été formellement déconseillée ; étant donné l'état instable de ces malades, on ne pouvait que craindre l'intervention d'une grossesse qui devait amener l'aggravation de leur état, mais ici, d'ailleurs, l'accouchement n'était pas plus à craindre que l'avortement thérapeutique qui aurait tout autant très certainement aggravé leur état.

Dans toutes les observations, où le pneumothorax a donné un bon résultat, la grossesse n'a eu aucun retentissement défavorable, dans quelques observations même, elle a eu un heureux effet (obs. n° 8, 3^e groupe, et n° 3, 4^e groupe). *Enfin il ne nous a pas semblé que le pneumothorax donne un moins bon résultat lorsque la tuberculose apparaît au début ou au cours de la gestation, que lorsqu'elle est apparue antérieurement à la gestation.*

Disons aussi que, sur l'ensemble de nos observations, 12 de nos malades, traitées par le pneumothorax antérieurement à leur gestation ou en cours d'insufflation au moment de leur accouchement, sont actuellement cliniquement guéries quelques années après l'accouchement et ont cessé tout traitement.

(Ce sont les observations princeps, 3, 4 et 5 du 1^{er} groupe ; les observations n^{os} 3, 8, 12 et 20 du 2^e groupe ; les observations n^{os} 24, 26, 28 et 31 du 3^e groupe).

Pour nous conformer à l'usage, nous venons de donner une statistique globale, mais cette statistique est passible d'une importante critique :

C'est qu'il est impossible de comparer en bloc une forme de tuberculose à une autre forme. (Docteur Braun.)

Il nous paraît donc que seule l'analyse détaillée des observations peut donner l'impression exacte qu'on doit tirer d'un travail d'ensemble.

D'autre part, comme la tuberculose est une maladie chronique s'étendant le long d'un nombre d'années souvent très élevé, des conditions diverses et multiples viennent interrompre l'évolution de la maladie sans qu'on puisse parvenir le plus souvent, à connaître d'une façon précise la part de chacune d'entre elles.

Si l'on veut étudier l'influence du pneumothorax thérapeutique sur l'état général de la femme enceinte tuberculeuse, et sur l'évolution des lésions de cette catégorie de bacillaires, il faut tenir compte :

1^o) De l'état des lésions pulmonaires au moment où se produit la grossesse, en effet, l'efficacité que peut avoir un pneumothorax chez une femme en état de gestation varie à priori avec un certain nombre de *facteurs* dans cet ordre d'idée.

Ces facteurs sont :

A. — *L'état du poumon lui-même :*

a) la rapidité plus ou moins marquée de la tendance évolutive des lésions ;

b) la catégorie de lésions en présence desquelles on se trouve :

pronostic meilleur pour les formes fibreuses avec conservation de l'état général,

pronostic assez bon pour les formes ulcéro-caséuses à début récent où le pneumothorax, comme le dit Andler, est un traitement d'assaut très souvent efficace,

pronostic beaucoup plus réservé pour les formes évolutives entreprises tardivement où l'action du pneumothorax n'arrivera pas toujours à enrayer les lésions trop étendues ;

B. — *L'intégrité du poumon du côté opposé.*

Toutes ces modalités évolutives des lésions étant, en outre, commandées d'ailleurs par une autre condition dont on doit tenir grand compte, nous voulons parler :

2°) De l'atteinte plus ou moins marquée de l'état général, la conservation de l'état général permettant presque toujours de porter un bon pronostic, cependant, dans quelques cas, où l'état général était déjà atteint, le pneumothorax associé à la cure hygiéno-diététique, a permis aux malades un rétablissement si complet, et relativement si rapide de l'état général, qu'elles ont pu, sans atteinte ultérieure de cet état général, ni de leur état pulmonaire, commencer ou poursuivre une grossesse, la mener à terme et n'en ressentir aucun effet défavorable ;

3°) Du mode d'action du pneumothorax lui-même, qui dépend d'ailleurs généralement de l'état des lésions :

Bon pronostic dans les cas où l'on est parvenu à obtenir rapidement un décollement total, pronostic plus réservé dans les cas contraires, et ici nous devons en outre noter que pour tous les bacillaires, et

par conséquent également pour la catégorie de baccillaires dont nous avons abordé l'étude ici :

Il y a des cas où le pneumothorax se montrera très rapidement efficace,

et des cas où il ne faudra pas trop compter sur son action,

c'est dans ces derniers cas seulement, lorsqu'on sera parvenu à obtenir en quelque sorte une stabilisation des lésions, que l'évolution naturelle d'une grossesse pourrait être désastreuse.

Dans ces cas-là seulement, il peut parfois être indiqué d'interrompre la gestation.

4°) De la technique elle-même employée dans l'application du pneumothorax thérapeutique.

Bien que dans certaines de nos observations, prises dans différents services de Paris, on n'a pu obtenir seulement un arrêt ou une sédation des lésions que par l'action de très fortes pressions, nous exposerons ici les idées de M. le Docteur Paul Braun, qui dirige avec tant de compétence le Centre de Triage du Professeur Bezançon, à l'Hôpital St-Antoine.

Pour M. Braun, la technique selon laquelle on doit appliquer le traitement par le pneumothorax artificiel, *doit être la technique des basses pressions*. (Le pneumothorax artificiel à pression minima systématique. Docteurs Braun et J. Frey-Ragu. *La Médecine*, Mai 1930.)

Cette méthode peut d'autant plus se justifier ici que la grossesse détermine une augmentation de pression et qu'il suffira le plus souvent d'aider modérément cette action pour obtenir un résultat très satisfaisant.

5°) Des incidents ou complications qui peuvent survenir au cours du traitement par le pneumothorax artificiel, incidents tel que :

a) Développement de liquide qu'on semble pouvoir souvent éviter, *en restant en faibles pressions*, notons cependant que parfois, alors qu'il n'y avait jamais eu de liquide, il survient tout d'un coup pour une raison encore inconnue, une brusque poussée liquidienne dans les derniers jours de la grossesse (exemple : obs. n° 13 du 2° groupe). Le Docteur Braun pense que cette poussée liquidienne est due à l'augmentation de pression que provoque la compression abdominale.

b) Compression insuffisante, collapsus non complètement efficace, et dans ces cas, M. le Professeur Léon Beranrd et M. le Docteur Rist, ainsi que leurs collaborateurs ont obtenu des résultats intéressants par l'adjonction ou plutôt par la substitution de l'oléothorax au pneumothorax (obs. n° 12 et 14, 2° groupe ; obs. n° 19, 3° groupe), de même que, dans d'autres cas, il peut être intéressant de recourir à l'opération de Jacobeus (obs. n° 15, 2° groupe ; n° 7, 3° groupe), la section de brides devant amener alors l'affaissement total, le collapsus complet que l'on désire obtenir, il peut même y avoir parfois intérêt à pratiquer une phrénicectomie (obs. n° 32, 3° groupe), de même qu'on peut remonter l'indication d'une thoracoplastie (obs. n° 29, 3° groupe). Voir également la communication de Sayé, de Barcelone : Société médicale des hôpitaux, 17 décembre 1926).

6°) Précisons enfin que si, sur 65 cas observés, il a été nécessaire, chez 8 malades, de pratiquer postérieurement à l'accouchement, un 2° pneumothorax (obs. n° 6 du 1^{er} groupe ; n° 7, 16 et 18 du 2° groupe ; n° 10, 12, 19 et 33 du 3° groupe), soit qu'elles se soient bilatéralisées ultérieurement, soit qu'elles aient été bilatérales d'emblée, la double collapsothé-

rapie n'a cependant pas toujours été instituée en cas de bilatéralisation.

Ainsi, dans les observations n^{os} 7 et 17 du 3^e groupe, où l'évolution semble s'être cependant arrêtée, de même que dans les observations n^{os} 10 et 12 du 2^e groupe, où l'évolution du côté opposé s'est arrêtée après la grossesse qui semble alors avoir eu une influence heureuse.

7°) Pour terminer, nous devons dire aussi qu'il faut tenir compte également de la façon dont les malades supportent leur grossesse ; en dehors de toutes questions de bacillose, il y a des femmes qui supportent plus ou moins bien leur gestation, en particulier certaines femmes présentent des vomissements dont la fréquence excessive peut amener parfois la nécessité d'interrompre la grossesse. On ne peut évidemment, dans ces cas, mettre en cause la tuberculose (Professeur Bezançon).

Chez d'autres femmes au contraire, la grossesse détermine un état d'euphorie extrêmement favorable à l'amélioration de leur état général et pulmonaire (Docteur Braun).

8°) Nous ne voulons pas terminer cet exposé sans dire un mot des enfants nés de mères traitées par la collapsothérapie.

Les 70 femmes dont nous venons de relater les observations, ayant accouché une ou plusieurs fois, ont mis au monde 85 enfants, il subsiste actuellement 75 enfants bien portants, quelques-uns âgés de plus de 7 ans. 10 enfants sont morts, dont 4 mort-nés.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de notre étude sur les résultats de la collapsothérapie chez les tuberculeuses gravides, nous pensons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1) Depuis l'emploi de plus en plus répandu de la collapsothérapie, la grossesse et l'accouchement survenant chez une tuberculeuse ne doivent plus être systématiquement considérés comme exerçant l'influence nocive qui leur était attribuée sur l'évolution de la tuberculose.

2) Lorsque le pneumothorax a déterminé une guérison clinique de la tuberculose, une grossesse survenant quelques mois après l'arrêt du pneumothorax ne semble pas réveiller la tuberculose.

3) Tout incident tuberculeux survenant chez une femme enceinte constitue une indication pour la collapsothérapie qui améliorera le pronostic.

4) Pour les tuberculeuses chez lesquelles le traitement par le pneumothorax avait amené une sédation des lésions évoluant, la gravidité apporte toutefois un élément nouveau à redouter qui rend le pronostic plus réservé.

5) Afin d'établir le pronostic de la tuberculose chez une femme enceinte traitée par le pneumothorax, il faut, dans chaque cas particulier, analyser les facteurs d'ordre général qui interviennent dans tout traitement par le pneumothorax et dont les principaux sont :

- a) L'état des lésions du poumon atteint ;
- b) L'état du côté opposé ;

c) L'état des autres organes ;

d) L'efficacité du pneumothorax qui, selon les cas, aboutit à un décollement plus ou moins complet et au collapsus pulmonaire plus ou moins parfait :

(Dans certains cas, on pourra plus efficacement poursuivre la compression par l'institution d'un oléothorax.)

e) La continuité du traitement

(le traitement peut en effet être arrêté, soit par l'insubordination de la malade, soit par l'impossibilité secondaire de poursuivre les insufflations ou d'obtenir un décollement efficace, dans ces cas, il peut y avoir parfois intérêt à pratiquer une phrénicectomie, dans certains cas, on peut même envisager la nécessité d'une thoracoplastie) ;

f) Les complications propres au traitement.

6) Enfin, il faut toujours envisager le potentiel évolutif de la tuberculose et tenir compte également de divers facteurs particuliers dus, la plupart, à l'état de grossesse et de maternité : facteurs d'aggravation tels que chagrins, difficultés, surmenage physique et moral, la plupart causés par la présence même de l'enfant qu'il est, parfois, préférable, pour cette raison même, de séparer de sa mère lorsqu'il n'y a plus de crainte de contagion ; facteurs d'amélioration au contraire comme l'euphorie particulière que détermine souvent la gestation, euphorie et réjouissance morale dont le retentissement sur l'état général et pulmonaire est souvent considérable. La joie et la fierté maternelle, après la naissance de l'enfant, accentuent encore, très souvent, cet effet si favorable de la gestation.

7) Nous pensons qu'on ne peut porter à priori un pronostic défavorable sur les gestations survenues au cours du traitement par le pneumothorax bilatéral, nous avons en effet pu suivre 4 malades qui

ont bien supporté leur gravidité et poursuivent actuellement leur traitement dans les meilleures conditions.

8) Le nombre élevé d'enfants actuellement bien portants nés de mères traitées par le pneumothorax, plaide en faveur de l'application de la méthode.

Vu : *Le Président*,
F. BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
S. CHARLÉTY

vu C. Boyer
Docteur en

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDRO, A. RAIMONDI, TRISTAN GONZALEZ y CARLOS DE LA COLINA. — Tuberculosis pulmonar y embarazo la compresion toracica de inmediato ai parto come tratameinto preventivo (Ann. de Tisiologia del Hosp. Tornu, Buenos-Aires, Déc. 1926, p. 115).
- ALEXANDRO, A. RAIMONDI, GONZALEZ y DE LA COLINA. — Tuberculose pulmonaire et grossesse. La compression thoracique aussitôt après l'accouchement, comme traitement préventif. (La Prensa Méd. Argentina, 20 janv. 1927.)
- ALFIERI. — Les directives thérapeutiques dans les cas de tuberculoses pulmonaires compliquant la grossesse. (Boll. d. Soc. Med. Chir. Pravia 1926, p. 633-643.)
- ANDERODIAS. — Tuberculose pulmonaire et grossesse (La Péu-riculture. Sept. Oct. P. 318-1927).
- AMODRU. — Grossesse et accouchement évoluant normalement au cours d'une tuberculose pulmonaire traitée par le pneumothorax artificiel. (Arch. Méd. Chir. de province. Décembre 1922.)
- AMEUILLE. — Pneumothorax artificiel thérapeutique. Journal des Prat., 9 juillet 1922.)
- Pierre ANDLER. — Tuberculose pulmonaire et fonction de reproduction (résultats du pneumothorax artificiel pratiqué avant et pendant la gestation. Thèse de Paris, 1927).
- AUDEBERT ET BAYLAC. — Pneumothorax artificiel et ventralisation dans la grossesse compliquée de tuberculose pulmonaire. (Société de Méd. et de Phar. de Toulouse, 21 mars 1925.)
- PROF. BAR. — De la tuberculose compliquée de grossesse. (Conf. de Madrid, 1921.)
 — Tuberculose et gestation. (Académie de Médecine : 11 juillet, 14 novembre, 19 décembre 1922.)
 — Sur l'interruption de la grossesse au cours de la tuberculose. (7° Congrès de Tuberculose, Rome 1902.)
- BAR et DEVRAIGNE. — La sensibilité des femmes enceintes à la tuberculine. (Rev. Mens. d'Obst. et de Gyn., avril 1908.)

- BAYLE. — Traitement Médical de la Tuberculose dans la grossesse. (Conc. Méd., 12 février 1928.)
- Prof. LÉON BERNARD. — Gestation et tuberculose pulmonaire. (Presse Méd., 16 nov. 1921.)
- Rapports de la tuberculose et de la grossesse. (Académie de Médecine, 19 déc. 1922.)
 - Relations de la tuberculose pulmonaire et de la Maternité. (Paris-Médical, 6 janvier 1923.)
 - Le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (communication à la Société d'Obst. et de Gynécol., mars 1921).
 - La tuberculose pulmonaire. (Masson, édit., 1921.)
 - Pneumothorax artificiel et lésions pulmon. bilatér. (Soc. méd. des hôpitaux, 5 nov. 1920.)
- Prof. LÉON BERNARD et DEBRÉ. — Les modes d'infection et les modes de préservation de la tuberculose chez les enfants du premier âge. (Paris-Médical, 1^{er} juin 1921, Acad. de Médecine, 5 octobre 1920 et 15 mai 1923. Annales de médecine, mai 1923.)
- Prof. LÉON BERNARD et BARON. — Les pleurésies du pneumothorax artificiel. (Presse Médic., 10 décembre 1924.)
- Prof. LÉON BERNARD, SALOMON et JOANNON. — Influence de la menstruation sur la cuti-réaction des femmes tuberculeuses. (Soc. Méd. des hôp., 1^{er} juillet 1921.)
- Prof. LÉON BERNARD, BARON et VALTIS. — Résultats du Pneumothorax artificiel. (Bulletin de l'Acad. de Médecine, 6 janvier 1925.)
- Prof. LÉON BERNARD, VALTIS et TRIBOULET. — Amaigrissement au cours du Pneumothorax. (Rev. de la Tubercul., juin 1930.)
- BERNOU. — Pneumothor. électif et pneumothor. bilatéral (Journ. météor. et médic. de Leysin, janvier 1925).
- BERTIER. — Pneumothor. artific. (Traité de pathol. méd., Maloine, édit., 1920.)
- Prof. F. BEZANÇON. — La période menstruelle chez les tuberculeuses. (Bulletin médic., 1913, n° 83.)
- Conception actuelle de la tuberculose pulmonaire. (La Médecine, n° 8, 1923.)
 - L'auscultation dans la tubercul. pulmon. (Société de Médecine, 1905.)
 - Les bases actuelles du problème de la tuberculose. (Masson, édit., Paris, 1922.)
 - Le pneumothorax thérapeutique. (La Médecine, n° 9, juin 1926.)

- Notions nouvelles sur le parasite de la tuberculose. (La Médecine, n° 9, juin 1926.)
- L'orientation nouvelle de la lutte anti-tuberculeuse, créée par la généralisation des méthodes de collapsothérapie. (Bulletin de l'Acad. de Médec., mai 1930 ; Revue de phthisiologie médico-sociale, juin 1930 ; Revue de la tuberculose, octobre 1930.)
- Prof. F. BEZANÇON et DE SERBONNES : Les poussées évolutives de la tuberculose chronique. (Soc. méd. des hôp., 17 mars 1910.)
- Prof. F. BEZANÇON et JACQUELIN. — Pneumothor. partiel bilatéral simultané. (Presse médicale, 17 sept. 1924, Soc. d'études scient. de la tub., 10 mai 1924.)
- Prof. F. BEZANÇON et PHILIBERT. — Le bacille acido-résistant, forme du parasite de la tuberculose. (Presse médic., n° 3-9 janvier 1926.)
- Prof. F. BEZANÇON, AZOULAY et CHABAUD. — Pneumothorax artificiel. (Revue de la tuberculose, août 1925.)
- Prof. BEZANÇON et HAUDUROY. — Filtration du bacille de Koch par la méthode de Vaudremer. (Section d'études scientif. pour la tuberculose, 12 janvier 1924.)
- Prof. BEZANÇON et BRAUN. — Les causes morales dans l'éclosion de la tuberculose pulmonaire. (La Médecine, mars 1925.)
- La notion du repos dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (La Médecine, mai 1925.)
- La Tramite tuberculeuse initiale. (Réunion commémorative du centenaire de Villemin. Presse Médicale, 31 décembre 1927.)
- Prof. BEZANÇON, BRAUN et JANINE FREY-RAGU. — Tuberculoses ignorées décelées par l'examen systématique. (Revue de la tuberculose, février 1930.)
- Prof. BEZANÇON et BRAUN. — Les pneumonies tuberculeuses curables.
- BOSC. — Grossesse et pneumothorax artificiel. (Gaz. Méd. du Centre, 15 septembre 1922.)
- BALARD et AUMONT. — Tuberculose compliquée de grossesse (Soc. de médéc. et de chirurgie de Bordeaux, juin 1924.)
- BAUER de DAVOS. — Menstruation, grossesse et tuberculose pulmonaire (Schweizerische medizinische wochenschrift Basel, tome 56, n° 47, novembre 1926.)
- BOMPIANI. — Sur la valeur du pneumothorax thérapeut. dans l'état de gestation. (Tuberculosi, n° 22, janvier 1930.)

- BOMPIANI et PASQUALI. — L'avortement chez les tuberculeuses gravides. (Congrès de Rome 1886.)
- BÔUFFE DE SAINT-BLAISE. — Tuberculose et grossesse. (Soc. d'obstétr. et de gynéc., 27 juin 1921.)
- Alfred et Daniel BESSESEN. — Pregnancy with complication caused report tuberculosis. (Virginia med. monthly, march 1929.)
- BISC. — Grossesse et pneumothorax artific. (Gazette méd. du Centre, 15 septembre 1922.)
- BOVIN. — Vingt cas de tuberculose et de gravidité (Hygea 1913, n° 12.)
- BRAUN. — Le stade pré-phthisique de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. (Société des médecins des dispensaires de l'office publ. d'hyg. sociale de la Seine, mars 1929.)
- Que peut-on attendre du pneumothorax artific. (Bulletin de la Société Méd. du 15^e arrond., février 1930.)
- BRAUN et J. FREY-RAGU. — Le pneumothorax à pression minima systématique. (La Médecine, mai 1930.)
- L'importance du facteur moral dans l'éclatement de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte et chez l'enfant. (Presse Médicale, 16 juillet 1930.)
- Que peut-on attendre du pneumothorax thérapeutique. (Journal des praticiens, 20 décembre 1930.)
- BRINDEAU. — Tuberculose et grossesse. (Soc. d'obst. et de gynéc., 18 juin 1921 ; Congrès de Genève, août 1923.)
- BURNAND. — Comment se comporte le poumon du côté opposé dans le traitement de la tuberculose par le pneumothorax artific. (Presse Médicale n° 74, 1913.)
- Etude sur la tuberculose, effets anatomiques de la compression par pneumothorax artif. sur le poumon tuberculeux. (Masson, édit., 1922.)
- Résultats du pneumothorax artific. dans la tuberculose pulmon. (Masson, édit., 1922.)
- BURNAND et HENKÈNE. — Les cas d'insuccès du pneumothorax artific. (Revue de la tubercul., Octobre 1925, n° 5.)
- GAUJOUX et GAUSSÈNS. — Un cas de tubercul. pulmon. traitée par le pneumothor. artific., gestation ultérieure, résultats éloignés. (Bulet. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris, mai 1927.)
- CHAPPAZ et DUBOIS DE MONTREYNAUD. — Pneumothorax artificiel. (Soc. Méd. de Reims, 18 décembre 1929.)

CHAPPAZ. — Grossesse et tuberculose. (Union médicale du Nord-Est, n° 5, mai 1926.)

CURTI. — Terapia pneumothoracia e gravidanzaa. (Policlinico-pratico, 10 octobre 1927.)

CALMETTE, COUVELAIRE, VALTIS, LACOMME et SAENZ. — Sur la présence de l'ultra-virus tuberculeux dans le liquide amniotique d'un œuf extrait par hystérectomie d'une femme atteinte de tuberculose pulmonaire (Académie de Médecine, 30 juillet 1929, Bulletin n° 29.)

CALMETTE, GUERIN et WEILL-HALLE. — Essai d'immunisation contre l'infection tuberculeuse. (Bullet. Acad. de Méd., 24 juin 1924.)

CALMETTE, VALTIS, BOQUET et NÈGRE. — Etude sur la transmission trans-placentaire du virus tuberculeux. (Acad. des Sciences, 19 octobre 1925.)

CHABAUD. — La bilatéralisation au cours du pneumothorax artificiel et sa thérapeutique. (Thèse de Paris, 1925.)

Prof. CHAUFFARD. — Rapports de la tuberculose et de la grossesse. (Bulletin médical, 26 août 1922.)

CHAPRON. — Tuberculose et gestation chez les animaux. (Rev. de path. compar. et d'hyg. génér., 5 juin 1927.)

CLEIZ. — Les idées actuelles sur la tuberculose pulmonaire coïncidant avec la gestation. (Gynéc. et Obstétr., t. 7, n° 2, 1923.)

COHN. — Tuberculose und schwangerschaft. (Beitrag zur Klinik der Tuberk., tome 21, page 17.)

COLOMBET. — Conduite à tenir en présence d'une femme enceinte atteinte de tuberculose pulmonaire. (Thèse de Lyon, 1912.)

COURMONT. — Tuberculose et grossesse, pneumothorax artificiel au cours de la grossesse. (Presse médicale, 11 juillet 1925.)

COULAUD ET ROLLAND. — Section de brides au cours du pneumothorax bilatéral. (Sect. d'Etudes Scient. de l'Œuvre de la Tuberculose, 8 décembre 1928.)

COUVELAIRE. — Rapports de la tuberculose et de la gravidité Soc. d'obst. et de gynéc. de Paris, 1921.)

— Avenir des enfants des femmes atteintes de tuberculose pulmonaire. (Soc. d'obst. et de gynéc., novembre 1923.)

- Une maternité pour tuberculeuses (service annexé à la Clinique Baudelocque). (Soc. de gyn. et d'obst., juin 1926.) Revue N° 6.
- Obstétricie sociale, protection médicale de la maternité. (*In* Traité de Sergent. Maloine, édit., 1924.)
- Rôle des consultations pré-natales dans la lutte contre la mortalité infantile. (Rapport au 6^e Congrès de la Natalité, à Strasbourg, 1924 ; et Presse Médicale n° 103, 1924.)
- Le nouveau-né issu de mère tuberculeuse. (Séance de l'Académie de Médecine, 23 novembre 1926, et suivantes.)
- Tuberculose et fonction de reproduction chez la femme. (Méd. et tuberculose, mai 1927.)
- CZACKES. — Maternité et Tuberculose. (Thèse de Strasbourg, 1926.)
- DANTIER. — Contribution à l'étude de l'influence de la grossesse sur la tuberculose. (Thèse de Paris, 1920.)
- P. COURMONT. — Tuberculose et grossesse, pneumothorax artificiel au cours de la grossesse. (Presse médic., 1925.)
- DUMAREST et BRETTE. — Grossesse et tuberculose. (Presse médic. 21 juin 1922, Académ. de Médec. 27 juin 1922, Acad. de Médec. 3 octobre 1922.)
- DUMAREST. — La tuberculose pulmonaire et la grossesse. (Monde Médical, 1924.)
- DUMAREST, MURARD et BRETTE. — La pratique du pneumothorax artificiel. (Masson, édit. 1923.)
- DUMAREST et MOLLARD. — Traitement aurique de la tuberculose. (Revue de phtisiol, janvier-février 1930.)
- DEBRÉ et LAPLANE. — Le nourrisson issu de parents tuberculeux. (Le Nourrisson, juillet 1922.)
- DEBRÉ et LELONG. — Les anticorps tuberculeux au cours de la primo-infection du nourrisson. (Soc. de Biol., 20 décembre 1924.)
 - L'enfant issu de parents tuberculeux, séparé avant la contamination, sa croissance et sa résistance aux maladies. (4^e mémoire. Annales de médecine, novembre 1925.)
- DELMAS. — Tuberculose et puerpéralité. (Clinique et laboratoire, mai 1922, Montpellier médical, 15 novembre 1922. Réunion obstétr. et gynéc. de Montpellier. Séance du 5 décembre 1923.)
- DECAULNE. — Pneumothorax et grossesse. (Th. de Paris 1925.)
- DEMELIN. — Tuberculose pulmonaire et grossesse. (Journal des praticiens, n° 9 et n° 10, 2 et 9 mars 1929.)

- FORLANINI. — La gravidanza quale complicazione del pneumothorace terapeutico. (Riv. di path. e clin. tuberc. 2 — 805 30 septembre 1926.)
- FROSTIN. — Le pneumothorax partiel bilatéral dans le traitement des femmes enceintes et accouchées. (Thèse de Paris 1927.)
- FABRE-THOMAS. — Tuberculose et puerpéralité. Essai critique des indications de l'avortement provoqué dans la tuberculose. (Thèse de Paris 1925).
- FORSSNER. — Rapports à la Conférence de Lausanne 1924, sur les relations entre l'état de gestation et la tuberculose. (Rev. de la tub. 1924.)
- LAWRENCE FULLER. — Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose pulmonaire, avec la gravidité et la puerpéralité. (Thèse de Paris, 1927.)
- FRUHINSHOLZ. — Avortement thérapeutique et tuberculose pulmonaire. (Revue Médic. de l'Est, tome 51, n° 7.)
- GENDRON et MOISNARD. — Pneumothorax artificiel et grossesse. (Gazette médic. de Nantes, avril 1922.)
- GIRARD. — Tuberculose et puerpéralité. (Thèse de Montpellier, 1923.)
- GODREAU. — Tuberculose et puerpéralité. (Thèse de Toulouse 1908.)
- GRAY. — Quatre observations de pneumothor. au cours de la grossesse. (Associat. de tuberculose de Saint-Louis, 1920.)
- GRENIER. — Pneumothorax et grossesse. (La Clinique, Mont-réal, septembre 1921.)
- GRIMBERT. — Grossesse et pneumothorax artificiel. (Thèse de Paris 1923.)
- GRISOLLE. — De l'influence que la grossesse et la phtisie exercent l'une sur l'autre. (R. Gén. de médec., tome 22, 1830.)
- GLASS et DABROWSKI (Varsovie). — Tuberculose pulmonaire et grossesse. (Gruzlica, mars 1928, n° 2, tome III.)
- Prof. GRANCHER. — L'œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose. (Bull. de l'Acad. de Méd., 7 mars 1903.)
- GUILLAUMET. — Grossesse et tuberculose, avortement thérapeutique. (Thèse de Lyon 1922.)
- GILBERT DE BRUXELLES, et Prof. HÉGER. — Doit-on encore pratiquer des avortements thérapeutiques en raison de tuberculose pulmonaire ? (Bruxelles Médical, 25 janv. 1931.)

- HERGOTT. — Discussion sur la tuberculose et la gestation. (Bull. de l'Acad. de Méd., 22 novembre 1922.)
- HERVÉ. — Grossesse et pneumothor. (Section d'études scientif. de la tubercul., 8 janvier 1921 et *in* Revue de la Tuberculose, 1921.)
- Gestation et Tuberculose. (Gaz. méd. du Centre, 1922, et Concours médical, 27 mai 1922.)
- HERVÉ et ROUSSEL. — Gestation et tuberculose. (Le concours médical 1924, Conférence internationale de la tuberculose de Lausanne, 1924.)
- HEMBURGER. — De la nécessité d'interrompre la grossesse chez les tuberculeuses. (Berlin. Wochenschr. Klinik 1902.)
- Prof. JEANNIN. — De l'influence de la grossesse sur la tuberculose. (Le Progrès Médical, 9 juillet 1927.)
- Doctoresse KONOVALOFF. — Etude de la grossesse chez les tuberculeuses. (Thèse de Paris, 1931.)
- KÜSS. — Conduite de la cure dans le pneumothorax artificiel. (La Médecine, mai 1921.)
- Tuberculose pulmonaire et gestation. (Soc. d'obstétr. et de gyn. de Paris, 8 janvier 1922.)
- Mode d'action du pneumothorax artificiel dans la tuberculose pulmonaire. (Bull. Méd. n° 13, 1922.)
- LÉON KINDBERG. — Le pneumothorax bilatéral. (Progrès Médical, 1928.)
- Indication, technique and results of bilateral pneumothorax. (Rev. de la soc. de médéc. internat. et de phthisiologie, n° 3, 1927.)
- LACOMME. — Une maternité pour tuberculeuses annexée à la Clinique Baudelocque. (Thèse de Paris, 1926.)
- LANDOUZY. — Hérité tuberculeuse de graine et état diathésique. (Revue de Médecine, 1891.)
- Rapport au Congrès de Bruxelles, 1910.
- De l'intoxication tuberculeuse héréditaire. (Congrès de la tuberc., Paris 1898.)
- LASÈGUE. — De l'influence de la grossesse et de l'état puerpéral sur la tuberculose. (Thèse de Paris, 1880.)
- LAUMONIER. — Grossesse et tuberculose. (Gazette des Hôpitaux, 6 mars 1923.)
- LELONG. — L'enfant issu de parents tuberculeux. (Thèse de Paris, 1925.)
- LEMELAND. — Grossesse et accouchement pathologique. (Paris, Maloine, édit., 1926.)

- Prof. LEREBoulLET. — Tuberculose infantile et hérédité. (Progress Médical, 1923, n° 5.)
- LEURET ET CAUSSIMON. — Des fièvres menstruelles dans la tuberculose pulmonaire. (Rev. de la tubercul., 1925.)
- LUTON. — Un cas de pneumothorax artificiel au cours de la grossesse. (Centre Médical, mai 1927.)
- LYDTIN ET LINDE. — Tuberculose et grossesse. (Zeitschrift für Tuberkulose, tome 56, 1930.)
- MARAGLIANO. — Tuberculose et grossesse au point de vue thérapeutique. (La Clinica Obstetrica, 1906.)
- Prof. MARFAN. — Traité de l'allaitement.
- MARGUETTE. — Tuberculose pulmonaire et avortement. (Thèse de Lyon, 1908.)
- MAZET. — Tuberculose et grossesse. (Thèse de Paris, 1925.)
- METZGER. — Discussion sur les rapports de la tuberculose et de la gestation. (Soc. d'obst. et de gynéc. de Paris, 1922.)
- MIGNOT. — Tuberculose et gestation dans l'espèce humaine. (Rapport à la Soc. de pathol., février 1927 et Revue de pathol. comparée et d'hygiène, 20 mai 1927.)
— Tuberculose pulmonaire et grossesse. (L'Hôpital, mai et juin 1927.)
- MITROVITCH. — Tuberculose pulmonaire, pneumothorax artificiel et gestation. (Thèse de Paris, 1922.)
- MORVEZEN. — Tuberculose et grossesse. (Thèse de Paris, 1922.)
- MORISSON-LACOMBE. — Tuberculose et gestation. (Journal de Médecine de Paris, 1924.)
- MOURGUES. — Tuberculose, grossesse et pneumothorax artificiel. (Thèse de Toulouse, 1925.)
- NAVEAU. — Les résultats du pneumothorax artificiel. (Statistique du service du Docteur Rist) (Thèse de Paris, 1925.)
- Prof. NOBÉCOURT ET PARAF. — L'influence de la grossesse sur l'état pulmonaire et pleural, l'anergie tuberculinique au cours de la grossesse et de l'allaitement. (Presse Médicale, 18 février 1920.)
- MORRIS ET DOUGLAS. — Pregnancy in the tuberculose. (American Journ. of obstetr. and gynec. Tome 4, n° 6, 1922.)
- NORVEGEN. — Tuberculose et grossesse. (Thèse de Paris, 1922.)

- OURY. — Les Pneumonies tuberculeuses. Etude clinique et radiologique. (L'Hôpital. Octobre 1923.)
- PARISOT, SIMONIN et VERMELIN. — Tuberculose pulmonaire, grossesse, pneumothorax artificiel consécutif, amélioration (4^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, Paris, octobre 1925, et Presse Médicale, octobre 1925.)
- PÉAUD. — Contribution à l'étude des rapports réciproques de la tuberculose et de la puerpéralité. (Th. de Paris, 1920.)
- PIETROFORTE. — Gravidanza, Pneumotorace artificiale et tubercolosi pulmonare. (Rivista di prat. Clinica tubercul. 2.-32, 31 janvier 1928.)
- Prof. PINARD. — Rapport au Congrès d'Obstétrique et de Gynécologie de Rome 1912.
- De l'avortement soi-disant thérapeutique chez les femmes en état de gestation. (Bulletin de l'Acad. de Méd., 1912. Annales d'obstétrique et de gynécologie, 1912.)
- Tuberculose et Grossesse, (Académie de Médecine, novembre 1922.)
- PISSAVY. — Le pronostic de la tuberculose pulmonaire. (Presse Médicale, 9 janvier 1926.)
- Prof. POTAIN. — Des injections intra-pleurales d'air stérilisé dans le traitement des épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax. (Bulletin de l'Académie de Médecine, 24 avril 1888.)
- PRUVOST. — Difficultés du pneumothorax artificiel. (L'Hôpital, janvier 1925.)
- RAILLET. — Tuberculose et gestation. (Archives de Médecine et de Chirurgie de province, octobre 1923.)
- E. RIST. — Tuberculose pulmonaire et gravidité. (Société d'Obstétr. et de Gynécol., 14 mars 1921. Revue de la tuberculose, 1921.)
- Rapport à la Conférence de Lausanne 1924 (in Revue de la tuberculose 1924, n° 6.)
- Tuberculose et grossesse. (British medic. journ., 13 août 1927.)
- Quand faut-il interrompre le pneumothor. artificiel. (Revue de la tuberc., oct. 1930.)
- RIST, ROLLAND et RAVINA. — Tuberculose pulmonaire, pneumothorax artificiel et gravidité. (Soc. Méd. des Hôpitaux, 19 novembre 1920.)

- RIST et COULAUD. — Grossesse survenue au cours d'un pneumothorax bilatéral. (Revue de la tuberculose, juin 1929.)
- Pneumothorax bilatéral et grossesse. (Soc. d'études scientifiques de l'Œuvre de la Tuberculose, 8 décembre 1928.)
- RIST et MAINGOT. — Examen radiologique dans le pneumothorax artificiel. (Soc. méd. des Hôpit., 18 octobre 1912.)
- RIST et AMEUILLE. — Tuberculose fermée et tuberculose ouverte. (Rapport au 5^e Congrès de la tuberculose de Strasbourg, 1923, et Revue de la tuberculose, 1923.)
- RIST et HIRSCHBERG. — L'aspect économique et social du traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel. (Soc. méd. des Hôpitaux, 12 janvier 1923.)
- W. ROLOFF. — Entbindung bei doppelseltigen pneumothorax (Beitrage zur Klinik der Tuberkulose - 72 - 786, 1929.)
- Zur Kollapsbehandlung lungentuberkulose Schwangeren. (Zentrall Blatt für Gynecologie, n^o 47, 1929.)
- RAINARDI et GONZALÈS. — Le pneumothorax artificiel pendant la grossesse et au cours de l'accouchement. (Revue méd. latine et amér., sept. 1925.)
- RONZINI. — Tuberculose pulmonaire et collapsothérapie uni et bilatérale, dans la gravidité. (Clinica obstetrica, septembre 1928.)
- Prof. SERGENT. — Tuberculose et gestation. (Soc. d'obstétr. et de gynéc. de Paris, janvier 1922. — Bull. de l'Acad. de Médecine, 11 juillet 1922, 12 et 19 décembre 1922.)
- Traitement préventif de la tuberculose pulmonaire du post partum, par l'établissement, aussitôt la délivrance, d'un petit pneumothorax bilatéral. (Paris Médical, 2 juin 1926 et Bruxelles Médical, 1927.)
- Grossesse et tuberculose. (Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale, 5 juin 1927.)
- Traité de pathologie médicale. (Maloine, édit.)
- Prof. SERGENT, DURAND et BENDA. — Transmission placentaire de la tuberculose. (Académie de Médecine, 7 janvier 1926, et Société de Biologie, 2 juin 1928.)
- SANTI. — Note sur 300 cas de tuberculose pulmonaire avec gravidité. (Revue d'obstétr. et de gynécol. de Gênes, 1929.)
- SAYÉ DE BARCELONE. — Phrénicectomie pour tuberculose pulmonaire. (Société médicale des Hôpitaux, 17 déc. 1901.)
- Broncho-pneumonie tuberculeuse caséo-ulcéreuse, traitement par la thoracoplastie extra-pleurale au 5^e mois d'une grossesse. Guérison clinique après 2 ans et demi. (Soc. méd. des Hôpitaux, 17 décembre 1926.)

- SAYÉ, CARRERAS et SEIX. — Etat actuel des relations existant entre la tuberculose et la grossesse. (Rev. médic. de Barcelone, sept. 1924 et Revue de la tubercul. 1925.)
- SABOURIN. — Le mariage des tuberculeux. (Journal des praticiens, 6 sept. 1918.)
- SCHWATT. — Tuberculose et gestation. (New-York Medic. Journal, 5 juillet 1922.)
- SIREDEY. — Rapports de la tuberculose et de la gravidité. (Soc. d'obstétr. et de gynéc., 14 mars et 18 avril 1921.)
- SCHWEITZER. — L'interruption de la grossesse et les interventions stérilisatrices dans la tuberculose du poumon et du larynx. (Münch. Med. Woche, 1922.)
- Société des Médecins de LEYSIN. — Grossesse et tuberculose pulmonaire. (Presse médicale, juillet 1924.)
- STASSNIE. — 34 observations de tuberculose et grossesse. (Revue de la tuberculose, juillet 1930.)
- SUAU. — Variation du métabolisme basal au cours du pneumothorax artificiel. (Thèse de Paris, 1925.)
- SLATER. — Artificial pneumothorax and pregnancy. (The American Review of Tubercul., vol. 2, 1918.)
- TRIBOULET et VALTIS. — Grossesse ayant évolué normalement chez une femme portant un pneumothorax bilatéral simultané. (Section d'études scientif. de l'Œuvre de la Tuberculose, 11 mai 1929, et Revue de la Tuberculose, août 1929.)
- TRIAL PUJOL. — Pneumothorax, indications et méthodes. (Rev. méd. de Barcelone, n° 7, avril 1927.)
- TENCONI et PRISONI. — Tuberculose pulmonaire au cours de la gravidité et pneumothorax artificiel. (Osp Maggiore, 15, 134, Mai 1927.)
- UNVERRITCH (W.). — Künstlicher Pneumothorax zur Vermeidung der Künstlichen fehlgeburt bei Lungentuberkulose (Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1917, n° 50.)
- VALTIS. — Filtration du B. K. à travers les bougies de Chamberland. (Revue de la Tuberculose, 1924, et Soc. de Biologie, 18 et 25 janvier 1924.)
- VILLEMEN. — Grossesse et tuberculose. (Académie de Médecine, 5 décembre 1865.)
- VOIRON. — Rapport au Congrès de Genève 1923.

- VAN VOORNVELD. — Tuberkulose und Schwangerschaft, neuer prospective in dieser behandlung : Therapeutischer pneumothorax als behandlung der lungern tuberkulose bei Schwangeren. (Correspondenten Blatt für Schweizer Aertze, Tome 47, n° 22, 1917.)
- WALLICH. — Rapport de la tuberculose et de la gestation. (Académie de Médecine, Décembre 1922. Soc. d'obstétr. et de gynécol., 8 janvier 1922.)
- WEILL-HALLÉ et TURPIN. — L'immunisation anti-tuberculeuse et la vaccination par le bacille Calmette et Guérin, chez les nouveau-nés et chez les nourrissons. (Paris Médical, 1925.)
- WEYMERCH, OLBRECHTS et VORON. — Rapport au Congrès de l'Association des obstétriciens et gynécol. de langue française. (Genève, août 1923.)
- YOSHIDA. — Effects of tuberculosis on pregnancy. (Kinki, Gynecol. Soc. Journ. Kyoto, Japon, décembre 1926, page 3.)

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	I
PREFACE	V
INTRODUCTION	23
CHAPITRE PREMIER. — <i>Exposé du plan général de la thèse</i>	35
CHAPITRE II. — 1 ^{er} groupe d'observations. <i>Tuberculeuses guéries cliniquement par le pneumothorax artificiel</i>	41
CHAPITRE III. — 2 ^e groupe d'observations. <i>Tuberculeuses enceintes traitées par le pneumothorax artificiel</i>	59
CHAPITRE IV. — 3 ^e groupe d'observations. <i>Tuberculeuses en cours de traitement par le pneumothorax artificiel devenues ultérieurement enceintes</i>	143
CHAPITRE V. — 4 ^e groupe d'observations. <i>Pneumothorax bilatéral et grossesse</i>	271
CHAPITRE VI. — <i>Considérations générales tirées des observations précédentes</i>	289
CONCLUSION	299
BIBLIOGRAPHIE	303



